40 ANNI DOPO

RIFLESSIONI SULLA LEGGE 13 MAGGIO 1978, N. 180

CONVEGNO
20 DICEMBRE 2018

Senato della Repubblica

Biblioteca del Senato
"Giovanni Spadolini"

Biblioteca del Senato
“Giovanni Spadolini”

40 ANNI DOPO

RIFLESSIONI SULLA LEGGE 13 MAGGIO 1978, N. 180

Roma,
20 dicembre 2018

Senato della Repubblica

La pubblicazione contiene il testo degli interventi al Convegno
40 anni dopo.
Riflessioni sulla Legge 13 maggio 1978, n. 180

Roma, Palazzo della Minerva, 20 dicembre 2018

I documenti in appendice sono conservati presso
l'Archivio storico del Senato della Repubblica e la Biblioteca del Senato della Repubblica

Il volume fa parte della collana
Minerva Eventi

Foto di copertina: ©Eligio Paoni/Contrasto

Gli aspetti grafici ed editoriali
sono stati curati dal Servizio della biblioteca

Su iniziativa della Commissione
per la Biblioteca e l'Archivio storico del Senato

Le pubblicazioni del Senato sono disponibili gratuitamente online
in formato elettronico www.senato.it/pubblicazioni

Indice

Interventi

Gianni Marilotti

Senatore XVIII Legislatura,
Presidente della Commissione
per la Biblioteca
e l'Archivio storico del Senato.

Buonasera a tutti.

Benvenuti a questa iniziativa che vuole celebrare, quarant'anni dopo l'approvazione della legge n. 180, il padre, l'ispiratore, l'anima dell'importante intervento legislativo che non a caso è noto come legge Basaglia, anche se è bene rammentare che il legislatore del 1978 ha realizzato solo parzialmente l'originario progetto basagliano.

In questi quarant'anni, l'Italia è molto cambiata, non soltanto per quanto riguarda l'approccio alla cura delle malattie mentali, ma anche dal punto di vista culturale e direi anche sociale.

Più dei freddi numeri di quel che è successo o di una ricostruzione storica dell'iter che ha condotto all'approvazione della legge Basaglia – di cui parleranno gli illustri relatori, che il coordinatore della tavola rotonda di oggi, Pierpaolo Ianni, presenterà – credo che valgano dei ricordi, che sono memorie personali.

Nei primi anni Settanta, frequentavo un liceo a Cagliari, che era prospicente alla Villa Clara – di cui il professor Cendon sicuramente conoscerà tante cose – cioè al manicomio di Cagliari. Dalle finestre dei bagni, vedevamo un'umanità sofferente, vestita di stracci, che camminava – vagava più che camminare – lungo i cortili e al nostro affacciarci ci salutava come a invocare la vita. Loro reclusi nei vecchi manicomi dell'Italia ancora dei primi anni Settanta.

Poi a partire dal 2004, come scrittore, sono entrato a far parte dell'Associazione Presìdi del Libro e abbiamo avuto in dotazione una bella sala in uno dei padiglioni di questo parco e abbiamo lì organizzato dei laboratori di scrittura creativa, aperti a cittadini "normali" e con disagio mentale, si sono tenuti cineforum, sono stati organizzati laboratori d'arte, scultura, pittura, cioè è diventato un parco della mente, ricco di attività di ogni genere.

Sembrano veramente passati secoli da quei ricordi liceali. Quelle immagini che osservavo dalla finestra, poi me le sono ritrovate nei libri scolastici, nei lager, nei campi di concentramento, immagini della Seconda Guerra Mondiale, ma anche dell'Ottocento.

Sembrano passati secoli, sono invece trascorsi solo quarant'anni. Questo testimonia che sono intervenuti dei cambiamenti, eppure nonostante queste

enormi trasformazioni vi sono ancora delle criticità, vi sono ancora problemi che dobbiamo affrontare per applicare pienamente, per realizzare integralmente quei precetti, quelle indicazioni, contenute nelle norme generali della legge n. 180.

Un passo in avanti è stato il varo della legge n. 6 del 2004, che istituisce l'amministrazione di sostegno, che ha offerto un quadro normativo chiaro per il problema della fragilità, proponendo una sinergia tra giudici tutelari, amministratori di sostegno, psichiatri, educatori, servizi sociali al fine di costruire un progetto di vita capace di valorizzare e riempire di contenuti l'esistenza delle persone fragili.

A quattordici anni dall'entrata in vigore della legge n. 6 del 2004 sono maturi i tempi per l'approvazione del progetto abrogativo dell'interdizione e inabilitazione da anni invocato, anche perché non sussiste alcuna seria ragione che giustifichi la conservazione dei due vecchi modelli incapacitanti. Per questo con l'aiuto anche del professor Cendon e del suo staff dichiaro il mio impegno a presentare in Senato un disegno di legge specifico.

Vi ringrazio ancora di essere qui – approfitto anche per farvi gli auguri di buon anno e di felice Natale – e passo la parola al dott. Ianni, che introdurrà e coordinerà il dibattito.

RELATORE

Pierpaolo Ianni

Dottore di ricerca in Istituzioni e Politiche e responsabile della segreteria particolare del Presidente della Commissione per la Biblioteca e l'Archivio Storico del Senato.

Cenni storici: dalla legge Giolitti alla legge Basaglia

1. PREMESSA. In occasione del 40° anniversario della legge 13 maggio 1978, n. 180, la Commissione per la Biblioteca e l'Archivio storico del Senato della Repubblica, presieduta dal senatore Giovanni Marilotti, ha promosso l'attuale convegno sulla legge Basaglia[1]. Tale anniversario offre l'opportunità per un approfondimento sulle premesse storico-giuridiche e sul dibattito pubblico, che è stato alla base della riforma del 1978, oltreché, attraverso l'intervento del professor Paolo Cendon (Università degli Studi di Trieste), l'occasione per riflettere non solo sui risultati raggiunti dalla riforma basagliana, ma sugli ulteriori passi da compiere in tema di diritti delle persone più fragili e sul superamento dell'istituto dell'interdizione e dell'inabilitazione[2]. Inoltre animeranno il dibattito i relatori: Giampiero Buonomo (consigliere parlamentare, responsabile del servizio dell'Archivio storico del Senato), Pompeo Martelli (Responsabile UOSD “Museo Laboratorio della Mente” ASL Roma 1), Francesco Pappalardo (consigliere parlamentare, direttore della Biblioteca “G. Spadolini” del Senato) e Marino Sinibaldi (giornalista RAI).

Segnalo infine che è giunto un messaggio da parte del Ministro della Salute, on. Giulia Grillo, che desidera porgerci i più sinceri auguri per la felice riuscita dell'iniziativa.

1. Il convegno per il 40° Anniversario della legge Basaglia, ospitato presso il Senato della Repubblica, si inserisce all'interno della cornice di iniziative promosse dal Presidente della Commissione per la Biblioteca e per l'Archivio Storico del Senato per ricordare eventi particolarmente significativi della storia italiana.
2. Un breve resoconto del convegno è apparso in *MinervaWeb – Bimestrale della Biblioteca “Giovanni Spadolini”*, n. 49 (nuova serie), febbraio 2019. Cfr. anche P. Cendon, *Abrogare l'interdizione (e l'inabilitazione)*, in www.personaedanno.it, 2006.

Per molto tempo anche solo raffigurare le condizioni dei malati mentali è stato considerato sconveniente: è con intento polemico e di denuncia sociale che Telemaco Signorini realizza il celebre dipinto "La sala delle agitate al San Bonifazio a Firenze"[3]. Nei primi anni del '900 nel Regno d'Italia si apre un'accesa discussione, tanto in ambito scientifico quanto politico, sulla necessità di adottare una legge che regolasse in modo omogeneo la gestione dei malati mentali, all'epoca frammentata e demandata a strutture pubbliche e private che, in alcuni casi, come denunciato dal deputato Giuseppe De Felice Giuffrida diventano luoghi di abusi «nei quali si applicano ai poveri infelici dei veri strumenti di tortura»[4].

Fino al 1904 l'Italia non ha un quadro normativo omogeneo in materia manicomiale. Si tratta dunque di ricostruire un percorso indubbiamente ampio, perché si estende su quasi un secolo di storia parlamentare. Nella giornata dedicata al quarantennale della legge Basaglia tale *iter* è stato ripercorso nei suoi passaggi essenziali ed è stata anche l'occasione per esporre in una mostra temporanea gli atti parlamentari originali, conservati presso l'ASSR (Archivio storico del Senato della Repubblica): dal Decreto reale di autorizzazione alla presentazione del disegno di legge *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati* del 1902, agli atti che documentano la riforma del 1978[5]. La

3. P. M. Furlan, *I giornali italiani e la questione psichiatrica prima della legge Basaglia – Sbatti il matto in prima pagina*, Donzelli, Roma, 2016, p. 8.
4. Cfr. *Legge sui manicomi*, in *Corriere della Sera*, 11.02.1904, p. 2.
5. Tra i materiali esposti: l'intervento dell'on. Luigi Lucchini sul disegno di legge Giolitti cfr. Atti parlamentari, Camera dei deputati, Legislatura XXI, seconda sessione (1902-1904), tornata del 9 febbraio 1904, pp. 10551-10556. ASSR, Senato del Regno, Segreteria, Disegno di legge *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*, Legislatura XXI, seconda sessione (1902-1904), Atto Senato n. 147. Conservate in suddetto fascicolo anche le petizioni che accompagnano la presentazione del disegno di legge Giolitti, si tratta in particolare delle petizioni delle deputazioni provinciali di Teramo, Brescia, Rovigo, Treviso, Novara, Sondrio, Como, Cagliari, Venezia, Caltanissetta, Torino, e della petizione dell'ordine dei medici di Palermo. Inoltre gli atti relativi al disegno di legge Mariotti cfr. ASSR, Senato della Repubblica, Servizio dell'Assemblea, Disegno di legge *Assistenza psichiatrica e sanità mentale*, Legislatura IV, 1963-1968, Atto Senato n. 2422.

mostra è stata altresì completata da una selezione di articoli, tratti dall'Emeroteca del Senato, pubblicati su quotidiani e periodici dal 1949 al 1980, anno della morte del dott. Franco Basaglia[6].

2. LE ORIGINI: DALLA LEGGE GIOLITTI AL FASCISMO. Il legislatore introduce disposizioni sui manicomi e sugli alienati con l'approvazione della legge 14 febbraio 1904, n. 36, nota anche come legge Giolitti, dal nome del Ministro proponente. Tuttavia, come precisato dallo stesso Giovanni Giolitti, a partire dal 1877 il legislatore si era adoperato per regolamentare la materia e «per ben dieci volte furono presentati dei disegni di legge intesi a regolare la posizione degli alienati senza che il grave problema abbia potuto essere risoluto»[7]. L'Archivio storico del Senato custodisce la serie documentaria completa dei disegni di legge del Senato del Regno, quindi anche quello relativo alla legge manicomiale del 1904: tuttavia una delle testimonianze più preziose è rappresentata dall'intervento del deputato Luigi Lucchini, che ci ricorda come la tematica sia stata oggetto di attenzione dal 1890 e come fosse già allora preesistente una disciplina autonoma dei manicomi giudiziari[8].

Tra i valori aggiunti, rispetto alla precedente trattazione in via amministrativa, vi è sicuramente l'emersione delle doglianze, dei timori e delle istanze, che provengono dalla società civile, il che è una precondizione dell'esercizio del potere legislativo: proprio per consentirne la rigorosa valutazione, secondo criteri di razionalità, che trovano nel Parlamento una sede di ricezione e dibattito.

Il disegno di legge concernente le *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati* è proposto al Senato del Regno dal Ministro dell'Interno Giovanni Giolitti

6. La mostra temporanea inaugurata il 20 dicembre 2018 è stata curata dal personale dell'Archivio Storico del Senato della Repubblica (ASSR) e dal personale della Biblioteca "G. Spadolini" del Senato della Repubblica.
7. Cfr. *Legge sui manicomi*, in *Corriere della Sera*, 11.02.1904, p. 2.
8. Atti parlamentari, Camera dei deputati, Legislatura XXI, seconda sessione (1902-1904), tornata del 9 febbraio 1904, pp. 10551-10556. Cfr. anche R. Canosa, *Storia del manicomio dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano, 1979; C. Ajroldi, M. A. Crippa, G. Doti, L. Guardamagna, C. Lenza, M. L. Neri, *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Mondadori Electa, Milano, 2013.

il 6 dicembre 1902[9]. Nel fascicolo del disegno di legge del Senato, che lo licenzia nel 1903, sono conservate anche le petizioni con le quali le deputazioni provinciali avevano espresso il loro parere, la loro adesione o la loro riserva nei confronti del testo normativo in corso di discussione e di approvazione. Gli enti provinciali sono interessati alla questione, perché le spese dei trattamenti psichiatrici e la gestione degli ospedali per i malati di mente sono state fino a quel momento prevalentemente a loro carico. Si segnalano, tra le altre, le petizioni delle deputazioni provinciali di Teramo, Rovigo, Palermo, Treviso, Como e Cagliari[10].

Nel 1904 viene approvata la legge Giolitti, che reca le prime disposizioni a livello nazionale sui manicomi e sugli alienati. Possono essere chiuse in manicomio le persone che rappresentino un pericolo per sé e per gli altri e costituiscano un pubblico scandalo. Come è stato precedentemente delineato anche prima del 1904 esistevano strutture di esclusione dalla società, dove venivano internati gli alienati. Il tentativo della legge Giolitti è dare omogeneità ad un settore molto frammentato, tuttavia con tale legge i malati si trasformano in internati a vita. Inoltre una delle fragilità della legge è la facilità con cui si può entrare in manicomio. Il soggetto può essere segnalato da un parente, da un medico o dal Sindaco; il Procuratore del Re dava mandato agli agenti di Pubblica Sicurezza per condurlo nella struttura manicomiale, dopodiché seguiva un periodo di osservazione, poi l'internamento diventava definitivo[11]. In particolare finiscono in manicomio persone povere, alcolisti,

9. ASSR, Senato del Regno, Segreteria, Disegno di legge *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*. Custodia e cura degli alienati, Legislatura XXI, seconda sessione (1902-1904), Atto Senato n. 147. Il decreto reale di autorizzazione alla presentazione del disegno di legge, datato Roma, 27 novembre 1902, si trova in suddetto fascicolo e reca la firma autografa di Vittorio Emanuele III, con la quale si autorizza la presentazione del disegno di legge; il documento riporta anche le firme autografe di Giovanni Giolitti, Ministro dell'Interno, e del Presidente del Consiglio Giuseppe Zanardelli.
10. ASSR, Senato del Regno, Segreteria, Disegno di legge *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*, Legislatura XXI, seconda sessione (1902-1904), Atto Senato n. 147.
11. L. Anfosso, *La legislazione italiana sui manicomi e sugli alienati. Commento alla legge 14 febbraio 1904 n. 36 ed al Regolamento approvato con R. decreto 5 marzo 1905 n. 158: dottrina, giurisprudenza, formulario*, UTET, Torino, 1907. La legge Giolitti era completata dal regolamento di attuazione – R.D. 16 agosto 1909, n. 615 – che interveniva dettando norme su tutti gli aspetti fondamentali dell'organizzazione e gestione dei manicomi.

disagiati. Il direttore è il responsabile penale e civile del malato. Il risultato ottenuto è il seguente: coloro che sono condotti in una struttura manicomiale non riescono più ad uscirne ed i manicomi si trasformano in vere e proprie carceri.

Vengono condotti in manicomio anche sovversivi. Augusto Masetti[12], che si ribella alla leva obbligatoria, molti anarchici dei moti del 1914, ma anche donne che avevano mostrato ribellione al marito[13]. Durante la Grande Guerra finiscono in manicomio anche molti militari inviati al fronte, che restano segnati e psicologicamente sconvolti dagli orrori, a cui hanno assistito nella guerra di trincea.

Sotto il fascismo, il manicomio diventa il luogo di una silenziosa repressione politica e sociale, infatti dal 1926 al 1941 gli internati nelle strutture manicomiali passano da 60.000 a 96.000 unità[14]. È stato calcolato che circa 500 sono stati gli antifascisti chiusi in manicomio, 120 muoiono in segregazione[15]. Il manicomio è usato non solo per motivi politici, ma per celare verità scomode. È il caso di Ida Dalser, compagna di Mussolini dal 1914 al 1915, internata nel 1926 e morta in manicomio nel 1937, e di suo figlio Benito Albino Mussolini, morto per consunzione in manicomio a Milano il 26 agosto 1942[16].

12. L. De Marco, *Il soldato che disse no alla guerra. Storia dell'anarchico Augusto Masetti*, Edizioni Spartaco, Santa Maria Capua Vetere, 2003.
13. V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi – Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio, Venezia, 2002; per quanto riguarda gli anarchici cfr. C. Lombroso, *Gli anarchici*, Fratelli Bocca, Torino, 1895.
14. P. Sorcinelli, *La follia di guerra. Storie dal manicomio 1940-1950*, Casa Editrice Odoya, Bologna, 2016 e S. Salustri, *Il regime fascista e l'utilizzo dei manicomi per il controllo degli antifascisti*, in *E-Review* – "Rivista degli Istituti Storici dell'Emilia Romagna in Rete", n. 3, 2015.
15. M. Petracci, *I matti del duce. Manicomi e repressione politica nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma, 2014.
16. *Ibidem*.

Parallelamente in psichiatria, in particolare in Italia e in Germania, prevalgono le teorie di Ernst Rüdin, che confermano l'approccio della segregazione del malato, recepito non tanto quale persona da curare, ma come elemento da allontanare dalla società ed isolare. Sono gli anni in cui in Italia si afferma la sperimentazione elettroconvulsionante, nota come *elettroshock*, del dott. Ugo Cerletti, consigliata per l'autismo, gli stati depressivi e le sindromi schizofreniche.

3. IL DIBATTITO IN EPOCA REPUBBLICANA. Dopo la seconda guerra mondiale si apre un dibattito, che coinvolge l'opinione pubblica, sul superamento del sistema manicomiale concepito con la legge del 1904. Tra gli articoli individuati ed esposti oggi in sala Atti parlamentari sono stati ritenuti significativi: un articolo di Indro Montanelli, pubblicato sul "Corriere della Sera" il 29 settembre 1949 a commento del film, presentato presso la Mostra del Cinema di Venezia, "La fossa dei serpenti", con riflessioni sul sistema manicomiale[17], ed un articolo di Enzo Biagi del 1965, pubblicato su "La Stampa", dove il giornalista intervista Giuliano Vassalli, futuro Ministro di Grazia e Giustizia, che dichiara: «In certi casi la nostra giustizia è addirittura medievale. Mi riferisco ai malati di mente e agli anormali»[18].
"La Stampa" mostra nei decenni precedenti all'approvazione della legge Basaglia attenzione e coerenza negli articoli riguardanti i manicomi. Verosimilmente questo maggiore interesse rispetto ad altre testate è determinato dal gruppo di intellettuali costituitosi intorno alla casa editrice Einaudi e all'apporto culturale delle comunità ispirate da Adriano Olivetti, che a loro volta generano pubblicazioni e nuove case editrici frequentate da molti giornalisti attenti alla psichiatria[19].

17. I. Montanelli, *Lettera aperta ai medici – Non "peccò" il dottor Picozzo*, in *Corriere della Sera*, 29.09.1949, p. 3.
18. E. Biagi, *Di che cosa si lamentano gli italiani – La macchina della Legge vecchia e lenta non può garantire una sicura giustizia*, in *La Stampa*, 02.06.1965, p. 3.
19. P. M. Furlan, *I giornali italiani e la questione psichiatrica prima della legge Basaglia*, cit.

L'assetto del servizio psichiatrico – sostanzialmente intatto fino alla legge Mariotti (legge n. 431 del 1968)[20] – è poi profondamente modificato dalla cosiddetta legge Basaglia (legge n. 180 del 13 maggio 1978 sugli *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*), concepita come parte della generale riforma del sistema sanitario nazionale (legge n. 833 del 23 dicembre 1978), che è realizzata nello stesso anno: ad essa la prima legge è anche formalmente collegata sotto il profilo giuridico[21]. Presentato il 19 aprile 1978 dal Governo alla Camera, in pendenza di richiesta referendaria, il disegno di legge fu deferito il 27 aprile alla Commissione Sanità in sede legislativa, dalla quale fu discusso e approvato nelle sedute del 28 aprile e del 2 maggio 1978. Trasmesso il 4 maggio al Senato, è deferito il giorno seguente alla Commissione Sanità, presieduta dal senatore Adriano Ossicini, in sede deliberante e discusso e approvato il 10 maggio, divenendo la legge n. 180[22].

In questo caso il fascicolo custodito presso l'ASSR è ancora più interessante, per quanto concerne le ricerche archivistiche, poiché conserva testimonianze di forme di partecipazione della società civile, sopraggiunte dopo l'approvazione della legge: la lettera dei familiari dei degenti dell'Ospedale psichiatrico "Santa Maria Immacolata", della Casa della Divina Provvidenza di Guidonia, è datata 1° agosto 1978; l'ordine del giorno dell'ANEOP (Associazione nazionale degli enti ed organizzazioni psichiatriche) è datato novembre 1978. Le due istanze, come illustrerà più avanti il dottor Giampiero Buonomo nel suo intervento, si inseriscono nell'intervallo tra l'approvazione

20. ASSR, Senato della Repubblica, Servizio dell'Assemblea, Disegno di legge *Assistenza psichiatrica e sanità mentale*, Legislatura IV, 1963-1968, Atto Senato n. 2422.
21. Le leggi del 1978 sono note soprattutto per aver provveduto al superamento e alla progressiva chiusura dei manicomi in Italia, ma gli aspetti da sottolineare appaiono molteplici. Tra gli elementi che appare opportuno evidenziare vi è quello dell'inclusione dell'assistenza psichiatrica nella materia della tutela della salute e dunque la previsione di interventi nei confronti del malato di mente, non più caratterizzati da una preminenza dell'interesse pubblico, ma guidati dal generale principio terapeutico ed ispirati alla tutela del diritto costituzionalmente garantito alla salute. In questo senso devono leggersi una serie di norme che intervengono sull'assetto previgente.
22. Il testo licenziato in sede deliberante dal Senato nel maggio 1978 fu firmato da Adriano Ossicini (1920-2019), nella veste di Presidente della Commissione sanità del Senato.

della legge n. 180 e l'approvazione della legge n. 833 e attestano l'inscindibile correlazione nella percezione pubblica tra le due proposte normative ed anche l'attenzione dell'ignoto funzionario versante il fascicolo a fine legislatura, in ordine all'oggetto sostanziale delle missive, al di là della chiusura formale del procedimento legislativo in maggio.

4. CONCLUSIONI. Un cambiamento della legge recante D*isposizioni sui manicomi e sugli alienati* è invocato sin dalla promulgazione nel 1904, tuttavia diverse priorità politiche e timori di ricadute negative sull'ordine pubblico conducono il legislatore a procrastinare un intervento sulla materia. In particolare il problema della destinazione dei pazienti divide gli stessi specialisti. Nel secondo dopoguerra l'elemento conflittuale attorno ad una riforma emerge nel convegno indetto nell'ottobre 1955 dal "Centro nazionale di prevenzione e difesa sociale" e dalla Provincia di Milano, che vede un'ampia partecipazione di psichiatri, psicologi, sociologi, giuristi e rappresentanti di amministrazioni pubbliche[23]. Illustri personalità del mondo accademico, tra cui Agostino Gemelli, perorano un approccio medico alla riforma, di parere nettamente opposto i giuristi, rappresentati da uomini di spicco come Mario Boneschi e Giuliano Vassalli e dai deputati Mario Ceravolo e Giuseppe Menotti De Francesco, per i quali il controllo giudiziario era irrinunciabile, nel nome della «prudenza naturale e perenne del giurista, rispetto alla "pericolosità", in taluni casi se non in tutti»[24], in quanto «segno distintivo dei malati di mente»[25].
Quando, nell'agosto del 1964, Basaglia espone a Londra, al I Congresso internazionale di psichiatria sociale, il suo progetto di chiusura degli ospedali psichiatrici, la proposta risulta talmente innovativa che il pubblico non la comprende[26].

23. *Atti del convegno nazionale di studio per la riforma della legislazione sugli ospedali psichiatrici*, Milano 7-8 ottobre 1955, organizzato dall'ENDPS e dall'amministrazione provinciale di Milano con l'appoggio dell'Unione Province italiane, Giuffré, Milano, 1956, cit. in F. Giacanelli, *L'Ospedale psichiatrico S. Maria della Pietà di Roma*, Dedalo, Bari, 2003, III vol., pp. 458 e ss.
24. *Ibidem*.
25. *Ibidem*.
26. P. M. Furlan, *I giornali italiani e la questione psichiatrica prima della legge Basaglia*, cit., p. 11.

Quanto avvenuto in Italia con l'approvazione della legge 13 maggio 1978, n. 180, ha aperto un dibattito e ha avuto indubbiamente ricadute, seppur con tempistiche e modalità differenti, anche sulle legislazioni di altri Paesi europei, che hanno avviato riforme volte ad una revisione delle proprie leggi manicomiali[27]. Se in Italia è stato possibile giungere progressivamente ad una chiusura dei manicomi, è stato anche grazie al movimento di opinione e alla crescente indignazione suscitati e alimentati dall'attenzione della stampa, che svela istituzioni e pratiche stridenti con il nuovo corso culturale, sociale e politico maturato negli anni della ripresa economica. Significativo il servizio televisivo intitolato "I giardini di Abele", realizzato da Sergio Zavoli, che ha avuto il merito di far entrare nel 1968 le telecamere RAI nel manicomio di Gorizia, diretto dal dott. Franco Basaglia. In quello stesso anno il dott. Basaglia cura la pubblicazione "L'istituzione negata"[28], in cui viene efficacemente descritta l'esperienza goriziana. Sono gli anni delle assemblee in ospedale, della critica agli apparati psichiatrici, dell'eliminazione di tutte le pratiche di contenzione, che costano al dott. Basaglia lunghi processi, affrontati sempre con grande dignità e con l'obiettivo di tutelare la salute dei suoi pazienti. Proprio per questo in quel servizio di Zavoli del 1968, alla domanda se il suo interesse sia rivolto più al malato o alla malattia, risponde: «Decisamente al malato»[29].

27. J. Foot, *La "Repubblica dei Matti": Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia*, 1961-1978, Feltrinelli, Milano, 2014.
28. F. Basaglia, *L'istituzione negata – Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino, 1968.
29. Cfr. Teche RAI, *I giardini di Abele* – TV 7 del 03.01.1968. In questo servizio lo psichiatra Franco Basaglia illustra all'intervistatore, Sergio Zavoli, la propria concezione del paziente psichiatrico e del contesto socio-relazionale ideale in cui concepire una visione terapeutica innovativa, partendo dall'esperienza goriziana.

RELATORE

Paolo Cendon[*]

Professore di Istituzioni di Diritto privato.

Sono molto onorato di essere in questo ambiente così aulico, che conosco già, ma che mi colpisce sempre. Grazie a Gianni Marilotti che ha voluto invitarmi, grazie al Senato, grazie agli amici che sono venuti.

Spero di non deludervi, perché non parlerò tanto della psichiatria in quanto tale, ma dei diritti civili del malato di mente: non essendo uno psichiatra, sarei uno sciocco o un ardimentoso se pretendessi di parlare di quella materia.

Certo, ricordo Basaglia. Negli anni Settanta – ero molto impegnato nelle mie attività – andai qualche volta al manicomio (era ancora tale, a quel tempo) e mi colpì subito il fatto che quelle assemblee, di cui parlava il nostro Ianni, esistevano veramente ed erano fatte così: c'era moltissima gente, medici, infermieri, passanti, girovaghi e Basaglia là nel mezzo, non si capiva bene quale fosse, non si distingueva facilmente chi erano i medici: era lui a volere così. C'era un'atmosfera molto particolare, come la sala della pallacorda, molto disordinata, selvaggia, molto aperta ma anche molto delicata. Medici, infermieri, dottori, giornalisti e scrittori discutevano liberamente di tutto: di quello che si doveva fare, se comprare l'acqua, il vino, se fare uscire Marco Cavallo alle 10,00 o alle 11,00. Si avvertiva un sapore vagamente campagnolo, autogestito, tipico di metà degli anni Settanta.

Comunque, qui, ripeto, parlerò da civilista. Ho le mie idee in fatto di psichiatria, naturalmente, ma sono poco interessanti, poco originali. Posso invece parlare del lavoro, della sfida che subito ti coglieva, posta dall'evento del 1978, che poi coincideva, ricorderete, con la morte di Aldo Moro, avvenuta quella stessa primavera.

Devo dire che il diritto civile e l'Università in generale non si accorsero affatto di questa riforma. Se ne accorsero molto gli psichiatri, naturalmente, e i malati di mente. Qualcuno ne parlò, ma, al di là di quello che può sembrare, rimase un fatto abbastanza circoscritto.

Nell'Università la psichiatria ufficiale, accademica, non ne fu scossa minimamente. Basaglia insegnava all'Università, come sapete, ma gli avevano

* È stato mantenuto lo stile colloquiale della relazione.

dato una cattedra in Geriatria, cosa che l'aveva parecchio offeso, tant'è che tornò a fare lo psichiatra militante perché si sentiva respinto dal mondo universitario. Negli anni Cinquanta aveva pubblicato molti scritti di fenomenologia – probabilmente li avrete letti –, era molto affascinato da questa corrente del pensiero, ma nell'Università degli anni Cinquanta la fenomenologia entrava poco. Figuratevi poi i giuristi, che in pratica non sapevano neanche cosa fosse il manicomio.

Però, soprattutto da parte dei penalisti, si ebbe subito l'impressione che nel processo penale potessero esserci dei risvolti, perché in quei processi le malattie di mente hanno molta importanza, lo vediamo anche in tanti processi che ci sono oggi: insomma, il penale fu subito toccato e cominciò a porsi le prime domande. Ci furono subito delle sentenze della Corte costituzionale, sempre molto coraggiose, aperte, e su queste sentenze è nato un primo dibattito nel diritto penale.

Qualcuno cominciò ad avanzare delle proposte, anche abbastanza strane, come abolire l'infermità di mente nel diritto penale, e pian piano anche i civilisti – in ritardo come sempre – a un certo punto arrivarono a comprenderne la novità. In realtà, sarebbero dovuti arrivare prima, se ci pensate bene, perché il clou della riforma di Basaglia è anche il clou dell'insegnamento terapeutico, il suo scopo era cercare di far vivere al meglio la persona, cercare di curarla in qualche modo, parlargli, dargli dei farmaci, creare un percorso terapeutico. Ma in larga misura il problema del lavoro che si faceva nei centri di salute mentale – che io conoscevo, avevo degli amici che me ne parlavano – fu quello di ripristinare intorno alla persona uscita dal manicomio, o che non si voleva far più entrare in manicomio (i manicomi erano stati abrogati), un'esistenza possibile, un'esistenza ragionevole, un'esistenza simile a quella dei non matti. Quindi, un'esistenza che fosse fatta di un lavoro, per esempio, di un'abitazione, naturalmente, magari con ascensore. Erano questi i problemi, problemi piccoli, problemi quotidiani, problemi esistenziali, per usare una parola che oggi è diventata molto di moda. Peraltro, una grande battaglia che abbiamo fatto, ma che in fondo si deve molto a quel laboratorio, a quell'officina basagliana, riguardava l'impossibilità di sapere cos'era la schizofrenia e come curarla. Insomma, bisognava cercare di far vivere la persona quanto meglio possibile.

Le esperienze che si realizzavano in quei primi anni Ottanta – Basaglia era appena morto, morì, ricorderete, nell'agosto del 1980 – sorgevano a Trieste; anche quelle che lui aveva tentato di far decollare a Gorizia in parte erano venute fuori a Trieste.

Non dimentichiamo un nome che va fatto per giustizia, in quest'aula soprattutto, il nome di Michele Zanetti, mio grande amico e grande amico anche di Claudio Magris. In quegli anni Michele era presidente della provincia e nonostante le diversità anche politiche esistenti, fu un grande sostenitore di Basaglia; la provincia dette a Basaglia tutti gli strumenti istituzionali, di protezione, per far nascere quello che nacque negli anni Settanta.

Comunque, il clou della riforma era questa quotidianità del malato di mente che non era più in ospedale, che non era più in quei padiglioni: l'acqua, la luce, la corrente elettrica, il gas, il cibo, ecc. Una volta uscito dall'ospedale doveva procurarseli da sé, a casa sua: quindi, che vita gli si faceva fare? Ecco il problema.

Allora c'erano delle risposte sbagliate, subito identificate come tali – purtroppo in Italia siamo ancora a questo punto –, ma già all'epoca mi rendevo conto che l'interdizione, istituto che risaliva ad accordi napoleonici di 150-170 anni prima, era una risposta sbagliata, molto violenta, molto medievaleggiante, molto severa, rigida, un po' "anantropologica" ma era l'unica via d'uscita per gestire le difficoltà quotidiane del malato di mente.

L'interdizione per mille ragioni non funzionava. Nacque da lì – non fu l'unica sfida, ma fu quella più significativa – la sensazione che il diritto civile fosse molto indietro rispetto a queste cose e che se si volessero dare degli strumenti giuridici, privatistici, quotidiani, capaci di accompagnare e suggellare – sul piano della vita quotidiana in città, non più nel manicomio – la scommessa antipsichiatrica della fine della camicia di forza, se si voleva fare questo, se non si voleva trasformare la camicia di forza psichiatrica in una specie di camicia di forza civilistica, occorreva fare qualche cosa.

Nacque dunque in quegli anni – con una certa fatica, ma con un grande entusiasmo – quello che è oggi l'istituto principe – di cui si parla

spesso e che crea grossi problemi, ma che ha cambiato la vita delle persone, per fortuna –, cioè la legge sull'amministrazione di sostegno, concepita a metà degli anni Ottanta. Nacque attraverso un grande sforzo nazionale. Basaglia aveva scritto *L'istituzione negata*, come ha ricordato Ianni, ma anche altri volumi curati da lui e da sua moglie Franca Basaglia, donna straordinaria, grande scrittrice, molto sensibile, molto colta, coraggiosa, oltre che molto bella. Avevano pubblicato dei libri bellissimi da Einaudi, dei volumi antologici con scritti anche di autori stranieri – c'era Sartre, c'era Goffman, per esempio (Goffman: chi aveva letto Goffman in quegli anni? Chi ha letto Goffman resta incantato. Quando leggi Goffman hai l'impressione che si aprano le tende, che si aprano le porte, come in quei famosi film di Hitchcock) –, e tutte queste cose ce le fecero conoscere Franca Basaglia e suo marito.

La fine del manicomio procurava una certa eccitazione, in quegli anni si aveva l'impressione che fosse un po' la sineddoche, la molecola indicativa e paradigmatica di tutto un mondo che girava e che ci fosse solo da imparare, da aspettare, da vedere, da farsi delle domande.

Tutto il mondo veniva a Trieste – non vi faccio i nomi perché sono più quelli che vennero che non quelli che non vennero –, ricordo che Sartre era di casa, c'era Cooper, c'era Guattari, c'era tantissima gente, il convegno che si tenne a metà degli anni Ottanta con gli psichiatri li accolse tutti.

Ricordo che la relazione di chiusura la fece Stefano Rodotà, che ci ha sempre aiutato molto, mi è stato sempre di grande aiuto in queste cose, fu lui, in effetti, che presentò in Parlamento negli anni Settanta la mia bozza Cendon, la pubblicò sulla sua rivista e cominciò la battaglia che poi finì nel 2004 con l'approvazione di questa legge; la quale, in qualche modo, non dico che abbia sostituito la legge n. 180 – sarebbe ridicolo affermarlo –, ma si è fatta carico di tutta una serie di problemi che prima erano affidati alla psichiatria.

La psichiatria prima doveva anche risolvere i problemi della quotidianità delle persone, soprattutto se queste le teneva a casa, non c'erano altre possibilità, l'interdizione era una risposta segregativa, da zoo, disumana, da encefalia, perciò gli infermieri, gli operatori della psichiatria, dovevano pensare anche alla mamma del malato di mente, a sua zia, al suo lavoro, ai suoi carciofi, al suo gatto, alla pulizia, al condominio, insomma a tutti, e gli operatori lo facevano automaticamente.

Tutta questa "morchia" quotidiana, un po' sporchiccia, l'ha presa poi il diritto civile, siamo noi che dobbiamo pensarci, ormai il malato di mente è fuori dal manicomio, è lui che deve organizzare la sua vita, dunque organizziamogliela.

Tutte queste erano sfide di grande interesse, questa riforma forse sembrò all'inizio un po' avventurosa, un po' troppo ambiziosa: «Ma come, non c'è più l'interdizione? Ma come, questo malato di mente lo trattiamo come una persona qualsiasi? Lo proteggiamo solo relativamente, marginalmente, occasionalmente? Ma che eresia è questa?». Mille, duemila bugie sulla follia che venivano seppellite, rovesciate in poco tempo, c'era un'enorme spinta dal basso che cominciava in quegli anni, del volontariato, delle famiglie dei malati di mente, degli psichiatri, della gente qualsiasi che diceva: «Basta con questo sistema, con questo vuoto, basta con l'interdizione, basta!».

Gli psichiatri non amano mai molto il diritto civile, è sempre difficile andare d'accordo con gli psichiatri, ce ne sono di bravi, naturalmente, ma è difficile, lo è anche oggi, per tante ragioni che non c'è tempo di approfondire.

Alla fine, questa riforma passò ed allora cominciarono i problemi, perché la questione non è quando le riforme non passano, è quando passano che diventa tutto drammatico, perché ti accorgi che queste scommesse legislative sono molto ambiziose, vogliono veramente rinnovare e invece poi i problemi nella quotidianità sono molti e difficili.

Questo è quello che è accaduto – come tutti sanno – alla legge n. 180, che fatica a respirare, a vivere, con situazioni terribili: le famiglie, la solitudine, l'abbandono, la disperazione, che purtroppo contraddistinguono tante zone d'Italia per quanto riguarda le malattie di mente.

Ma anche l'amministrazione di sostegno ha avuto troppo successo! Ci sono 350.000-400.000 – non conosco esattamente i numeri – beneficiari, e i giudici sono quattro gatti e si devono occupare di altre cose, allora li facciamo fare ai giudici ordinari? Ma i giudici ordinari non sono sempre preparati e allora cominciano enormi problemi.

Potevamo lasciare i manicomi come erano, che si stava tanto bene, non istituire l'amministrazione di sostegno, ma restare un po' nel Medioevo, ci evitavamo

un sacco di problemi. Abbiamo voluto eliminare i manicomi, abbiamo voluto fare questa legge così umanitaria, ce li siamo proprio andati a cercare, i problemi.

Solo che i problemi sono più grossi di quanto non si creda e infatti Gianni Marilotti lo sa, perché abbiamo organizzato degli interessanti convegni a Cagliari e dappertutto ci sono grosse questioni: far funzionare le cose, evitare che le persone siano sole, che non finiscano drammaticamente, e dare loro dei vestiti, delle alternative, una dimensione di cittadinanza, di respiro, di affettività, di normalità. Riuscire a far decollare questi risultati, quest'atmosfera, per una persona che sta male è molto difficile; e poi si aprono nuove questioni, quindi le battaglie sono enormi, non so neanche se al Senato ci sia la consapevolezza di tutto ciò.

Vedete, oggi la protezione dei malati di mente non può funzionare senza un grosso impegno della pubblica amministrazione: non è tanto il sistema giudiziario che deve gestire queste cose – sì, farà la sua parte – ma sono i comuni, sono le regioni che devono decidere di farsene carico, se questo non succederà fallirà tutto.

Poi ci sono nuove sfide che si annunciano all'orizzonte, per noi sono molto importanti: prima di tutto bisogna abrogare quest'interdizione, ce l'abbiamo ancora nel codice e non siamo riusciti ad eliminarla, abbiamo deciso di non farlo, anche io nella bozza l'ho lasciata perché, nel 2004, se ci fossimo ostinati a dire "abroghiamo l'interdizione", cioè facciamo come l'Austria, come la Germania – ma noi non siamo così avanti come l'Austria, come la Germania, almeno a livello giuridico, avevamo una riforma psichiatrica molto avanzata, ma giuridicamente eravamo molto indietro, sarebbe lungo spiegarlo – avremmo perso tutto, non sarebbe passata.

C'erano molti risentimenti, molti pregiudizi, il vero punto è che la follia spaventa, spaventa anche gli psichiatri, ma spaventa molto anche i non psichiatri. Avere uno strumento forte, rigoroso, arcigno come l'interdizione, che promette, almeno sulla carta, di contenere le cose, è rassicurante. Si vive di simboli, basti pensare alla stagione che viviamo in questi giorni, in queste ore direi, in questi minuti, per sentire come i simboli siano tutto.

Oggi forse le cose sono migliorate, ma non tanto. Sentivo Ianni che parlava di Torino: è una città – ditemelo voi com'è fatto il mondo – che interdice ancora moltissimo. Se si potesse interdirebbe anche i gatti, anche le piante. Ma perché i torinesi hanno ancora questa ostinazione pazzesca, così rigorosa, così orrenda, nei confronti di chi sta male? È un mistero. Le stesse province oltre a quella di Torino – ero a Cuneo l'altro giorno per dei convegni – non si sanno spiegare perché si sia incistata questa convinzione – succede nella storia dei popoli, qualche volta –, questa vera molecola patologica corrotta, infame. A Roma per esempio non è così, per fortuna. Abbiamo avuto dei bravi giudici.

I giudici sono stati molto importanti per far decollare l'amministrazione di sostegno, in certi casi sono stati degli eroi: per una legge difficile, complicata come questa bisogna sempre avere coraggio, intelligenza e tanti giudici hanno avuto entrambi.

Oggi però l'interdizione va eliminata, è una vergogna, mantiene un'ombra veramente cupa, tetra, nel nostro ordinamento, una specie di lebbra pericolosa e contagiosa. Dobbiamo eliminarla anche per questa ragione culturale.

Pensate, per esempio, soltanto a questo (purtroppo non c'è tempo di approfondire): a Torino una mamma con una figlia down di diciannove anni, pensando di volerla proteggere, perché la figlia down vuole magari stipulare un atto notarile e bisogna aiutarla (non è più possibile fare le firme false, che si fanno sempre quando si hanno dei figli che hanno più di diciotto anni), chiederà l'amministrazione di sostegno, farà una segnalazione. A Torino se possono non lo fanno, perché molto spesso questa prima iniziativa giudiziaria cade nelle mani o di un giudice che subito fa quello che sto per dirvi o, come nel resto dell'Italia – anche a Roma qualche volta, ma poco per fortuna –, di un pubblico ministero.

I pubblici ministeri, spesse volte, hanno una cultura poco adatta a queste sfumature, a queste dolcezze, a queste armonie musicali, morbide e soffici del diritto civile e quindi dicono: «Ma cos'è 'sta roba? Un down con l'amministrazione di sostegno? No, va sicuramente interdetto».

Gli psichiatri mi dicevano: «Tu, Cendon, hai sbagliato, hai messo questa roba che dobbiamo essere noi operatori sociosanitari a segnalare i casi difficili al giudice, ma il giudice prende la richiesta dell'amministrazione di so-

stegno e la trasforma, com'è nella sua facoltà, in una richiesta d'interdizione e la mamma si trova alla fine della partita la figlia down interdetta, cosa che non voleva affatto». Quindi, al limite, l'operatore preferisce non segnalare affatto, calpestando i suoi doveri e lasciando un vuoto: questo per dirvi di un'assurdità operativa che purtroppo si ripete spesso in quelle zone incivili nel nord-ovest dell'Italia.

Dobbiamo abrogare l'interdizione. Sono lieto di sentire che Gianni Marilotti ha la fantasia, il coraggio e la passione per presentare una bozza di riforma che avrà un grosso valore pratico, anche se non sarà facile.

Pensate anche alla stupidità di questa legge sul testamento biologico che è passata un anno fa, non si può dire che sia una legge stupida o fascista, ma non ho ancora capito perché hanno sentito la necessità, quando si sono trovati di fronte all'eventualità che ci sia un moribondo incapace, che non ragiona più tanto, di dedicare venti righe all'interdizione, che coinvolge quattro gatti in Italia, e due righette sparse, striminzite, all'amministrazione di sostegno che invece ha 350.000 casi. Insomma, l'interdizione va eliminata, anche per questa ragione culturale.

Sono contento che si faccia questa battaglia, complessa ma neanche tanto, perché sono tutti d'accordo, a parte qualche "desperado", che vuole ancora interdire sua mamma, sua zia, il suo cavallo: quindi, a parte qualcuno, chi ha voglia di punire ancora una persona?

Tenete presente che, soprattutto in molti Stati d'Europa, l'amministrazione di sostegno è rimasta l'unica misura: siamo ormai, non dico tra i pochi, ma tra quelli che hanno ancora questo retaggio del passato. Quindi, è veramente una cosa coraggiosa, importante, che occorre fare. Poi si apriranno nuove sfide, perché quando fai una riforma si profilano subito altre questioni: dobbiamo coinvolgere di più la pubblica amministrazione, dobbiamo attraverso l'amministrazione di sostegno realizzare dei progetti di vita.

Oggi in Italia abbiamo questo vuoto, c'è una pessima legge che occorre sostanzialmente eliminare, e c'è quella cosiddetta sul "Dopo di Noi", malfatta, finanziaristica, opportunistica, fatta ad uso e consumo delle finanziarie, dei notai e degli avvocati.

Dobbiamo abrogare questa legge e farne una che finalmente funzioni, una legge che punti sul progetto di vita della persona, anche sugli aspetti patrimoniali, residenziali, ma soprattutto sugli aspetti identitari, psicologici e umani; c'è il vecchio progetto di vita della legge n. 328 del 2000.

Quindi, oggi chi è solo e ha problemi mentali rischia di essere abbandonato a chi si occuperà di lui, qualcuno gli porterà via un po' di soldi ed è questo l'obiettivo, com'è ovvio anche per i disabili, gli unici che hanno soldi in Italia. Oggi nessuno ha soldi in Italia, ma i disabili che hanno la loro pensioncina e non la spendono, accumulano decine di migliaia di euro sui loro conti correnti, allora li lasciamo a loro? No, ce li prendiamo noi in qualche modo, li mettiamo in qualche fondazione, facciamo un trust, eccetera.

Non è così che si ragiona e se voi andate – come a me è capitato di andare – in qualche seminario, in qualche catacomba con le famiglie dei disabili, vi accorgerete qual è il vero terrore della madre e del padre, è quello che il figlio resti solo, in balia di qualche avvoltoio che domani si approfitterà di lui senza prendersene la minima cura

Ci sarebbe molto altro da dire ma ho già parlato abbastanza, quindi lascio il microfono e vi ringrazio.

RELATORE

Pompeo Martelli

Responsabile UOSD Museo Laboratorio della Mente, ASL Roma 1.

Ringrazio il senatore Gianni Marilotti per avermi invitato a dare un contributo a questo convegno in occasione dei quarant'anni dall'approvazione della n. 180. Lo ringrazio altresì per essere venuto a visitare il Museo Laboratorio della Mente della ASL Roma 1, nel complesso dell'ex Ospedale psichiatrico "Santa Maria della Pietà" a Roma, che ho ideato e realizzato in collaborazione con Studio Azzurro e del quale oggi sono il Direttore. Sono lieto di essere oggi con voi in questo luogo che conserva la memoria politica del nostro Paese per riconnettere il passato al presente e soppesare le sfide che ci attendono.

Quest'anno è sicuramente importante per l'Italia, perché celebriamo i quarant'anni della legge n. 180, ma anche i quarant'anni dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (legge n. 833) e i quarant'anni della legge n.194: conquiste di civiltà, frutto dell'iniziativa sociale e politica di un'Italia che seppe infondere nella società italiana, colpita da terrorismo e violenze, un segno profondo di umanità, cooperazione, rispetto e fiducia nella laicità dello Stato.

Fino agli anni Settanta del secolo scorso una legge regia del 1904 definiva le ragioni del ricovero in ospedale psichiatrico. Più di centomila uomini e donne erano internati nei manicomi italiani, la maggioranza di essi a vita, quando Franco Basaglia iniziò il suo lavoro a Gorizia nel 1961, e poi a Trieste un decennio più tardi. Il suo lavoro restituì voce, diritti, identità, cittadinanza e soprattutto libertà alle persone sofferenti di disturbi psichiatrici, e ispirò il lavoro di molti giovani operatori sanitari come me. Quando ho iniziato a lavorare nell'ospedale psichiatrico di Roma, unendomi a colleghi che provenivano dal gruppo di Basaglia a Trieste, ho scoperto che non vi erano soltanto malattie da diagnosticare e pazienti da trattare, ma persone con la loro presenza soggettiva e la loro storia. Norberto Bobbio ha definito la legge 180 un provvedimento che trasforma la società, ispirata al valore fondamentale della libertà, della liberazione anche di coloro che nella storia dell'umanità sono stati considerati "non avere il diritto di essere liberati".

La chiusura dei manicomi che la legge ha reso possibile segna il ritorno delle persone al diritto primigenio, quello di avere una vita degna di essere vissuta.

Quando pensiamo oggi all'ospedale psichiatrico esso ci appare solo un "luogo della memoria", una unità significativa, d'ordine materiale o ideale,

che la volontà degli uomini o il lavorio del tempo ha reso un elemento simbolico di una comunità. Ma un luogo della memoria ha come scopo fornire al cittadino il quadro autentico e concreto di un fatto storico. Rende visibile ciò che non lo è: la storia e le sue narrazioni.

Per ricordare che cos'era un manicomio preferisco utilizzare come parola chiave "memorie", quindi un "luogo di memoria" come luogo fisico in grado di contenere e offrire dati materiali e simbolici, richiamare eventi o figure, collocarsi in spazi ridotti e circoscritti o estendersi in un panorama di eventi, nonché partecipare al consolidamento e alla diffusione di narrazioni multiformi e riti collettivi.

Ci confrontiamo, dunque, con una varietà considerevole di tipologie di memorie, che di volta in volta rappresentano differenti modalità di elaborazione e messa in scena della memoria collettiva, andando a investire il delicato intreccio storia-memoria, e costringendo tutti noi a stabilire con essi relazioni diverse tenendo conto dei linguaggi specifici che li costituiscono: la storia (o le storie) che vi si trova inscritta, il tempo, la comunità e la cultura (o le culture) che lo ha prodotto e il presente da cui lo si osserva o lo si visita.

Le memorie, dunque, nel fissarsi in questo luogo, assumono una pluralità di forme, attraverso differenti modalità di comunicazione e linguaggio (monumentalizzazione, musealizzazione, conservazione, simbolizzazione, ecc.), che determinano gradi più o meno complessi di riconoscibilità e fruizione, richiedendo approcci ogni volta diversi.

Risulta dunque quanto mai interessante intrecciare diversi sguardi disciplinari e approcci al tema: dal lavoro portato avanti dagli storici attraverso la discussione sollecitata da sociologi, psichiatri, architetti e archivisti su manicomi e psichiatria in Italia: una storia del Novecento. Alla luce di questi contributi, nella relazione tra luogo e memoria sono dunque evidenziabili alcune modalità:

1) un luogo può contenere una storia o più storie, perché ogni luogo sta nel tempo, e da più storie può essere attraversato e abitato, come con più storie può interagire o confondersi e in più storie trasformarsi;
2) un luogo può resistere al tempo, finire preservato o dimenticato, toccando in tal modo diverse culture e sensibilità;

3) un luogo può parlare a intere comunità e aggregazioni sociali, come può sollecitare coscienze o curiosità individuali;
4) un luogo può tacere o essere messo a tacere (la storia e i suoi tempi possono mettergli di fronte attenzione e cura, ma anche dimenticanza, abbandono, oblio).

È quindi chiaro che la nostra possibilità di percepire storia e memoria insite in un luogo, come l'ospedale psichiatrico, dipende fortemente dalla condizione del tempo presente da cui lo si osserva e dalla condizione complessiva del luogo stesso.

Da qui l'importanza di valorizzare, in diversi modi, le memorie degli ospedali psichiatrici: un luogo può infatti rimandare a una storia-memoria dominante o a più vicende, proprio perché in passato può aver assunto rilevanze e funzioni diverse, a seconda del periodo e dell'uso che se ne è fatto; si può dunque far capo a una o più memorie, rintracciabili nel luogo attraverso segnalazioni e presenze documentarie (immagini, oggetti, disposizioni, regolamenti, ecc.) o rinvenibili in virtù della guida offerta da un preciso allestimento museale o da un accorto accompagnamento; ancora, un luogo può presentarsi anche nelle parole dei testimoni e in tal modo sarà possibile ripercorrerlo e collocarlo in una dimensione mobile e articolata, proprio perché il ricordo di chi c'era offre un ulteriore materiale di riflessione, ricco e insidioso al tempo stesso; infine, un luogo può essere inserito a pieno titolo in un itinerario di costruzione della conoscenza storica, a patto di indagarlo con gli strumenti e le modalità della ricerca, che collocano le fonti di memoria e le memorie tra gli elementi indispensabili per la ricostruzione di precise vicende e situazioni.

Ciò che resta dell'ospedale psichiatrico ci appare oggi come fonte complessa e stratificata del tempo che ci precede, capace di agire sul nostro presente e sul nostro futuro, in virtù della relazione che con esso stabiliamo. Le memorie trattenute e celebrate rappresentano in questo senso una ragnatela di sentieri che registrano nella trama – a vari livelli – le immagini e le assenze (e gli usi di cui sono state oggetto) più eloquenti della nostra storia.

A tale proposito, risultano eloquenti sia i vuoti che i pieni, sia le presenze che le mancanze. Ecco allora che attribuire alle memorie un potenziale, un

valore formativo e orientativo, nonché considerarle come generatrici di identità, implica il corretto utilizzo di precise categorie interpretative e scenari storiografici, come collocare vicende ed elaborazioni collettive all'interno di relazioni governate dal senso di responsabilità verso il nostro passato, considerare il presente come terreno di dialogo e di confronto, combattere il rischio delle facili generalizzazioni.

Un luogo di memorie ha bisogno quindi di un lavoro di organizzazione storico, scientifico, socio-economico, politico e progettuale preciso che permetta alle tracce di memoria presenti in quel luogo particolare di poter essere lette e condivise dalla compagine sociale.

Oggi, dopo quarant'anni dall'approvazione della legge 180, abbiamo l'obbligo di sviluppare percorsi di lettura contemporanea di "dati materiali e immateriali" della psichiatria asilare, completando la cartografia storica delle prassi istituzionali e delle pratiche anti-istituzionali, come un doppio e continuo processo dialettico di decostruzione della geografia delle costrizioni spaziali, fisiche, psicologiche, sociali e di ricostruzione della soggettività nell'attraversamento degli ex spazi manicomiali e nell'apparire inatteso delle storie rievocate.

Il movimento della psichiatria sociale italiana è stato un grande catalizzatore di cambiamenti nel nostro paese ma oggi il suo messaggio rischia di apparire, nella pratica, depotenziato.

A quarant'anni dalla legge 180 molte cose sono accadute e cambiate.

Basaglia affermava che la regressione istituzionale prodotta dall'esclusione dell'individuo dal proprio contesto naturale di vita giocava un ruolo determinante sulla salute psichica degli individui.

L'istituzione manicomiale costituiva l'espressione più evidente dell'incapacità di modulare gli interventi rispetto ai bisogni dei soggetti.

Oggi non dobbiamo far finta che vada tutto bene, diversi settori del sistema di cure in salute mentale riattualizzano quei fenomeni di esclusione che ritenevamo superati, conducendo spesso a una cronicizzazione disabilitante.

C'è una fortissima ipertrofia della componente residenziale, Paolo Cendon ha qui evidenziato questo tema dal suo punto di vista.

Oggi sappiamo che l'abitare, l'educazione, il lavoro, l'inclusione sono tutti elementi che tendono a garantire reali possibilità di riabilitazione nel mutato tessuto sociale contemporaneo e un'autentica *recovery* sociale.

La risorse a disposizione della salute mentale sembrano oggi obbligare i servizi di salute mentale al ricorso di prescrizioni inappropriate, come le pratica del *restrain*, rischiando di divenire un ostacolo alla realizzazione di una vita in salute.

Dobbiamo ricontestualizzare il pensiero di Basaglia, in un tempo e in uno spazio nuovo per portare a compimento quella grande stagione di riforma. Il rapporto finale della Commissione parlamentare sullo stato del Servizio Sanitario Nazionale ha auspicato insieme con la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, ormai avvenuta, lo sviluppo di centri di salute mentale aperti 24 ore e progetti personalizzati di cura su tutto il territorio nazionale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che: "non c'è salute senza salute mentale". La parola dignità risuona oggi nelle convenzioni e nei trattati internazionali che proteggono i diritti umani che ancora sono a rischio. Oggi lavorare in un dipartimento di salute mentale di un'azienda pubblica, significa star dentro la complessità dell'organizzazione sanitaria, per realizzare obiettivi di salute per i cittadini e la comunità. La sfida è quella di rispondere a tali obiettivi, stabilendo priorità all'interno delle risorse definite, perseguendo sempre il miglioramento della efficacia e la valorizzazione del nostro personale, tenendo sempre presenti gli insegnamenti di Basaglia: etiche e valori che pongono l'essere umano al centro del sistema.

RELATORE

Marino Sinibaldi*

Giornalista, direttore
di Rai Radio3.

Grazie dell'invito, che per me chiude l'anno dell'anniversario della cosiddetta legge Basaglia, un anno pieno di incontri manifestazioni e celebrazioni. Ne abbiamo raccontate parecchie a Radio3, anche se il bilancio è contraddittorio. Il ricordo di Basaglia è ancora vivo, la controversia sulla legge è ancora forte, la situazione è esattamente quella difficoltà che ha raccontato qui Pompeo Martelli. Dal mio punto di vista è una situazione interessante, perché dimostra l'onda lunga di un dibattito da sempre molto forte e che ha molte dimensioni, è stato un grande dibattito scientifico, medico, legislativo, giuridico, ma soprattutto, per quello che interessa a me, culturale. La sua continuazione e – come cercherò di dire in questo breve intervento – il presentarsi ancora oggi, in una situazione completamente mutata, di una serie di prodotti artistici, cinematografici, teatrali e letterari che in qualche maniera toccano i temi che da sempre animano la discussione sulla legge Basaglia, è molto importante. Dimostra l'importanza della battaglia e la rilevanza, nella formazione di una opinione pubblica consapevole, di prodotti artistici, creativi, anche spettacolari e del contributo che possono fornire.

Come è noto la battaglia di Basaglia e dei suoi compagni è stata fin dall'inizio, e in maniera crescente fino all'approvazione della legge quarant'anni fa, accompagnata da una densa campagna giornalistica che viene raccontata dalla mostra nella Biblioteca del Senato ed è stata già richiamata nell'intervento iniziale di Pierpaolo Ianni, con le due figure di Montanelli e di Biagi – tra l'altro nel caso di Montanelli un intervento che partiva da un film molto interessante per il discorso che cercherò di fare. Questo intreccio di prodotti diversi è in grado di generare nuove forme di attenzione e forse di sensibilità e infine di cambiamento nell'opinione pubblica. È stata accompagnata, oltre che da una campagna giornalistica intensa, da una serie di inchieste, di saggi, di opere di finzione, di romanzi: il tema della follia ha occupato, ovviamente, scaffali interi della storia della letteratura, ma negli anni della legge è stato ampiamente riletto, ha subito per così dire una reinterpretazione in chiave militante.

* È stato mantenuto lo stile colloquiale della relazione.

Molto importanti furono una serie di film e quindi di opere di grande impatto popolare e di vasta ricezione e in qualche caso successo di pubblico. Per esempio, esattamente negli anni vicini alla legge, due film fondamentali, anche se molto diversi nel loro spirito e nella loro destinazione, furono nel 1976 *Qualcuno volò sul nido del cuculo* di Miloš Forman e *Matti da slegare*. Il primo, tratto da un libro di Ken Kesey, esprime, già nella biografia del suo autore, la componente controculturale che ha alimentato almeno una parte delle legge di riforma. Molto diverso per la sua natura almeno in parte documentaria e il suo spirito apertamente militante, e molto importante nel generare in fasce di opinione pubblica sensibilità e attenzioni diverse, fu anche almeno in Italia *Matti da slegare*, scritto da Rulli e Petraglia (sceneggiatori di alcune delle fiction di maggiore successo degli ultimi anni), e girato da quell'originale, appartato artista ancora attivo che è Silvano Agosti.

Del resto, si citava poco fa in questo convegno l'importanza dell'ambiente einaudiano come luogo di generazione non solo dei libri di Basaglia (anzi dei Basaglia: va sempre ricordata Franca Ongaro Basaglia e anche Alberta adesso, insieme a loro). Da lì proviene un libro del 1977 – vedete come il giro degli anni sembra quasi premere sulla data epocale del 1978 – forse poco ricordato in questi mesi, eppure fondamentale, che fu *Portami su quello che canta*.

Portami su quello che canta scritto da Alberto Papuzzi, è la straordinaria e allucinante storia dell'uso diffuso, diciamo seriale, dell'elettroshock, in quel caso da parte di uno psichiatra che si chiamava Giorgio Coda. Dentro era contenuta una delle storie, nella sua eccezionalità, più esemplari di quegli anni, quella di Albertino Bonvicini (che lo stesso protagonista poi raccontò in un altro libro eccezionale, *Fate la storia senza di me*). Albertino era un ragazzo cresciuto in un orfanotrofio e a nove anni trasferito, dopo atti ritenuti di autolesionismo, dall'orfanotrofio alla clinica psichiatrica. Nella clinica psichiatrica incontra il professor Coda, subisce la massiccia ripetizione di elettroshock, ne esce con qualche fatica ma riuscendo anche, attraverso una famiglia torinese, a recuperare un po' di stabilità. In questa situazione sviluppa una coscienza politica che lo porta a partecipare ad attività pubbliche e manifestazioni per le quali viene arrestato. Durante la prigionia – lo so che la sua storia, per me dolorosissima, sembra una fiaba nera -, negli anni della detenzione purtroppo comincia a fare uso di droghe dalle quali matura un breve periodo di dipendenza. Ne esce e arriva a Roma intraprendendo una promettente attività giornalistica e anche televisiva. Purtroppo, l'AIDS, contratto nel breve periodo di tossicodipendenza, mette fine alla sua vita. Ecco, sono storie come queste contenute là dentro che hanno orientato almeno una parte dell'opinione pubblica. Naturalmente a influenzare l'opinione pubblica è la forza delle storie, ma conta anche il talento di chi ha avuto il coraggio di raccontarle.

Questo vale naturalmente ancora oggi quando si tratta di analizzare quanto questa forma militante di scrittura letteraria e artistica sia capace di sostenere l'avanzamento, il progresso o almeno la resistenza dei valori che hanno ispirato il lavoro di Franco Basaglia e dei suoi collaboratori. In una situazione del tutto mutata se non altro per la forza e il consenso che, non solo su scala nazionale, sembra avere la cultura della contenzione e della repressione, dando al termine un senso più largo di quello strettamente clinico. È una cultura che non riconosce la complessità, mentre invece la grande sfida della legge Basaglia era la coscienza diffusa della complessità della malattia mentale. Il nemico, allora come oggi, è un approccio riduzionista, semplificatorio, apparentemente rassicurante, che appare in questi nostri anni assai diffuso, dominante, egemone non solo sul tema della malattia mentale.

La legge Basaglia arriva nel 1978, sostanzialmente alla fine di un decennio cruciale. In quel contesto, la legge 180 veniva percepita come una tappa di una nuova stagione di riforme che sarebbe proseguita. Venivamo da un decennio aperto dallo Statuto dei lavoratori esattamente nel 1970 e scandito dal fondamentale nuovo Diritto di famiglia nel 1975. La legge Basaglia fu votata nei giorni del rapimento Moro, con il corpo prigioniero e poi cadavere del leader democristiano poco distante: apparve come un segno della capacità di resistere anche alla paura e alla stretta politico-culturale che pure, sotto l'infuriare della violenza politica e della reazione repressiva, cominciava a manifestarsi con forza. Invece la legge Basaglia fu l'ultima delle leggi di riforma, quella stretta reazionaria diventerà poi prevalente. Il paradosso della legge Basaglia è proprio quello di essere stata non solo l'ultima grande riforma di quegli anni ma la più fragile perché la sua realizzazione è avvenuta in un contesto storico del tutto mutato.

Da questo punto di vista è ancora più significativo che nel campo della produzione culturale un'attenzione alla complessità del tema della malattia mentale sia rimasta e generi prodotti culturali rilevanti. Vi proporrò una sorta di rapido scandaglio, con qualche esempio nel decennio in corso di prodotti ancora in grado di interloquire con l'opinione pubblica, nella speranza che non sia preda cieca di una cultura riduzionista e puramente repressiva. Vi cito tre opere (una serie televisiva, un'opera teatrale, un libro) molto diverse, anche per il loro impatto pubblico. Del resto anche quarant'anni fa prodotti che hanno avuto una popolarità limitata hanno comunque contribuito ad alimentare una sensibilità più ampia. In anni recenti, la circolazione più ampia l'ha avuta un prodotto della RAI, la fiction *C'era una volta la città dei matti*, interpretata da Fabrizio Gifuni nella parte di Franco Basaglia. Una serie o miniserie televisiva che è andata in onda il 7 e l'8 febbraio del 2010 e che ha avuto 5 milioni e mezzo di spettatori nella prima puntata, e poi 5 milioni e nove nella seconda. Stiamo parlando, per gli appassionati dello *share*, del 21 per cento circa. Si tratta dunque di un grande successo popolare. Nell'itinerario – piccolo itinerario – che sto tracciando, ha avuto un effetto enorme in virtù di una capacità di scrittura che teneva bene insieme gli elementi di idealismo e quelli di pragmatismo che c'erano nella cultura di Franco Basaglia e del suo gruppo, cioè ne raccontava la grande tensione ideale ma anche la grande capacità pratica o tecnica di intervenire sulle situazioni concrete e le storie personali. Per questa via ha raggiunto un pubblico molto largo se si considera che ai 5 milioni e mezzo o 6 milioni di spettatori della prima visione televisiva andrebbe aggiunto quello amplissimo coinvolto nelle varie repliche e con i diversi supporti (perfino una circolazione internazionale: trasmesso in Turchia ha generato un interesse del servizio sanitario turco, che ha perfino coinvolto collaboratori di Franco Basaglia, non so con quale esito oggi, nella Turchia di Erdoğan). Ma al di là del consenso che può circondare prodotti del genere (il consenso è termine equivoco, non esclude una possibilità di manipolazione) è qui in discussione la vecchia questione dell'egemonia, a partire dalla capacità di costruire elementi di conoscenza e di consapevolezza più larga. La serie televisiva ha avuto questa abilità a partire da un lato dall'attenzione all'umanità vera delle storie della malattia (che è stato, dal punto di vista dell'opinione pubblica, l'elemento che ha rotto la separazione del manicomio), dall'altro dalla rappresentazione dell'eccezionalità delle persone che vi operavano, tenendo insieme una visione della malattia mentale non riduzionista e un'attenzione alla straordinarietà della figura di Franco Basaglia e del suo gruppo. Naturalmente non si possono misurare gli effetti di prodotti del genere, ma secondo me sono opere che rendono difficile l'offensiva demolitrice della rete di valori, pratiche (e leggi) che hanno trasformato l'assistenza psichiatrica in Italia. È accaduto lo stesso in campo cinematografico con due o tre film italiani che posso solo rapidamente e lateralmente citare: *Si può fare* di Giulio Manfredonia che è del 2006, *La pecora nera* di Ascanio Celestini che è del 2010, e soprattutto *La pazza gioia* di Paolo Virzì che è del 2016. Mi sembrano un presidio di attenzione civile, anche alta, al tema.

Il secondo prodotto che vi volevo indicare è un testo teatrale che si chiama *Muri*. È stato scritto nel 2010 da Renato Sarti, in base alle testimonianze di alcune infermiere che hanno lavorato nei manicomi con Franco Basaglia. Su tutte, quella di Mariuccia Giacomini, un'infermiera che viene dal popolo, parla dialetto, sola, con una figlia da mantenere. Nella versione teatrale è stato magistralmente interpretato da Giulia Lazzarini – che per questo ha vinto numerosi premi, come pure il testo dello spettacolo – e racconta il manicomio prima e dopo la rivoluzione di Franco Basaglia dal punto di vista dell'operatrice sanitaria che, ha scritto Renato Sarti, "si rende conto che la straordinaria spinta di mutamento di quegli anni col tempo si è affievolita e rischia di finire inghiottita dall'indifferenza generale". È insomma un testo che già prende atto della mutata situazione, ma è straordinario per il punto di vista leggermente laterale con cui, per così dire, ri-narra la storia. Non abbiamo molte testimonianze degli infermieri, cioè degli operatori che anche con meno preparazione e consapevolezza sono stati investiti dalla trasformazione. Nel racconto di *Muri* emerge come gli infermieri fossero formati a un approccio per forza di cose semplificatorio – materiale, tecnico, pragmatico- al problema della follia. In quel testo è invece molto ben rappresentata l'evoluzione del pensiero dell'infermiera che si trova "sfidata" da Basaglia e la sua équipe ad abbandonare i suoi metodi, a riconoscere quell'umanità che del resto aveva sempre percepito, ma in qualche modo aveva rimosso se non altro per assenza di strumenti.

Ed è descritto molto bene, il progressivo mutamento del punto di vista dell’infermiera, dalla consapevolezza dell'importanza del suo lavoro all'accettazione, infine persino entusiasta, della sfida che Franco Basaglia e i suoi medici gli propongono. È un testo in grado di generare empatia per la figura che propone e il processo che mette in atto, esponendo e trasformando quel punto di vista riduzionista o semplicemente pragmatico, che naturalmente ha una lunga tradizione alle spalle ed è banalmente prevalente nell’opinione pubblica. Mettendo in scena un’infermiera che prende progressivamente consapevolezza del suo ruolo e delle possibilità di svolgerlo in modo diverso, Renato Sarti e la straordinaria attrice che ha avuto la possibilità di impegnare rappresentano il punto di vista di una parte dell’opinione pubblica, che non c’è bisogno che abbia fatto l’infermiera per avere nei confronti della malattia mentale lo stesso pregiudizio ma anche la stessa capacità di comprensione e di trasformazione. Con una capacità di coinvolgimento emotivo e anche conoscitivo che è peculiare dell’esperienza teatrale.

Naturalmente è continuata anche la produzione editoriale, con alcuni casi particolarmente virtuosi come quello delle Edizioni Alpha Beta Verlag, con una ricca collana nella quale tra gli altri è apparso *L’istituzione inventata*, che è un testo straordinario già nella struttura: non una semplice storia del manicomio di Trieste, ma una sorta di voluminoso almanacco che raccoglie – perfino con un certo, suggestivo disordine – volantini, foto, testi vari, articoli di giornali, e che in questo modo riesce a restituire la complessità e la creatività della vicenda triestina. Del resto sul tema non sono mancati prodotti diversi, come il libro dello storico britannico John Foot *La Repubblica dei Matti*, che conferma l’insolito interesse internazionale per questa nostra storia. Mentre la capacità delle figure che ne sono state protagoniste di generare interessi, linguaggi e letture nuove è testimoniata da due *graphic novel*, cioè due racconti in una forma narrativa adatta anche ad un pubblico diverso, di diverse generazioni, dedicati a Franco Basaglia e pubblicate da Feltrinelli e Moretti & Vitali.

Ma in campo letterario il caso che più mi sembra significativo è quello di un piccolo volume che si chiama *Tredici canti*, scritto da Anna Marchitelli, interessante perché ripropone, in modo nuovo, in una situazione molto mutata, quello che resta il problema fondamentale, o meglio il passaggio fondamentale, vorrei dire pregiudiziale, che dobbiamo compiere, ossia assumere la complessità e l’umanità di queste storie. Anna Marchitelli ha lavorato su un enorme archivio di storie raccolte nell’Ospedale psichiatrico “Leonardo Bianchi” di Napoli. Si tratta di sessantamila cartelle cliniche, e sapete che le cartelle cliniche sono dei romanzi, terribili perlopiù, spesso scritti male, ovviamente, con fretta e superficialità. Intervenendo su questo straordinario materiale rozzamente narrativo, ne ha tratto tredici storie diverse. Alcune riguardano persone note come quella di Renato Caccioppoli, già protagonista del film di Mario Martone *Morte di un matematico napoletano*, o di Gennaro Abbatemaggio, che è forse il primo pentito di camorra. Una storia incredibile la sua, a cavallo tra il diritto e la medicina, perché il primo pentito di camorra, a quello che è dato capire, si dichiara lui stesso pazzo per sottrarsi alle minacce. Così entra ed esce dai manicomi, rimane un pentito di camorra ma anche un matto e in questo modo la scampa: l’autrice ipotizza una grande consapevolezza nelle scelte di Abbatemaggio. Anche qui l’interesse sta nella capacità di mostrare – e per noi lettori di prendere atto – l’enorme deposito di dolore, naturalmente, ma anche di umanità che c’è in una cosiddetta malattia mentale. Senza questa assunzione, la vicenda della legge Basaglia non avrebbe avuto nessun risultato e senza questa consapevolezza non c’è nessuna speranza che queste conquiste resistano.

Questo breve scandaglio si ferma qui ma è un lavoro che potrebbe continuare. La scelta che vi ho proposto è però, a mio avviso, sufficiente a dimostrare non solo l’attualità, ovviamente controversa, dei temi sollevati allora e oggi dalla figura e dal lavoro di Franco Basaglia, a quarant’anni dalla legge che lo ha consegnato alla storia del nostro paese, ma anche qualcosa che dovrebbe stare a cuore a tutti. La possibilità che anche il campo della creazione artistica e culturale reagisca alle sollecitazioni e ai conflitti del nostro tempo e sia in grado di proporre opere che contribuiscono alla formazione continua di una opinione pubblica consapevole, non subalterna, non fragile vittima di manipolazione. Sfida che mi sembra decisiva nelle nuove e pervasive forme che assume la comunicazione contemporanea.

RELATORE

Giampiero Buonomo

Consigliere parlamentare, responsabile dell'Archivio storico del Senato.

Gentili signore e signori,

il profilo archivistico del quarantennale della legge n. 180 del 1978 è vasto, perché si estende su quasi un secolo di storia parlamentare: anche per questo, l'Ufficio da me diretto giudica di estremo interesse questo argomento e lo ha inserito nella proposta di piano editoriale che, sentita la Commissione che lo sovrintende, sottoporrà al Consiglio di Presidenza del Senato.

L'Archivio storico del Senato conserva la serie documentaria completa dei disegni di legge del Senato del Regno, quindi anche quello relativo alla legge del 1904: il disegno di legge concernente le *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati* fu proposto al Senato del Regno dal Ministro dell'interno Giovanni Giolitti il 6 dicembre 1902 (nella teca all'ingresso della sala vi è il decreto autografo di Vittorio Emanuele III con il quale si autorizza la presentazione del disegno di legge; il documento riporta anche le firme autografe di Giolitti e del Presidente del Consiglio Giuseppe Zanardelli). Nel fascicolo del disegno di legge del Senato (che lo licenziò nel 1903) sono conservate anche le petizioni con le quali le deputazioni provinciali avevano espresso il loro parere, la loro adesione o la loro riserva nei confronti del testo normativo in corso di discussione e di approvazione. Gli enti provinciali erano interessati alla questione perché le spese dei trattamenti psichiatrici e la gestione degli ospedali per malati di mente erano state fino a quel momento prevalentemente a loro carico. Si segnalano, tra le altre, le petizioni della deputazione provinciale di Teramo, di Rovigo, di Palermo, di Treviso, di Como e di Cagliari.

L'assetto del servizio psichiatrico – sostanzialmente intatto fino alla legge Mariotti (n. 431 del 1968) – fu poi profondamente modificato dalla cosiddetta legge Basaglia (legge n. 180 del 13 maggio 1978 sugli *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*), concepita come parte della generale riforma del sistema sanitario nazionale (legge n. 833 del 23 dicembre 1978) che fu realizzata nello stesso anno: ad essa la prima legge è anche formalmente collegata sotto il profilo giuridico. Presentato il 19 aprile 1978 dal Governo Andreotti alla Camera, in pendenza di richiesta referendaria, il disegno di legge fu deferito il 27 aprile in sede legislativa alla Commissione Sanità, dalla quale fu approvato il 2 maggio 1978. Trasmesso il 4 maggio al

Senato, fu deferito il giorno seguente alla Commissione Sanità in sede deliberante e discusso e approvato il 10 maggio (qui è visibile l'autografo del presidente della Commissione, Adriano Ossicini), divenendo la legge n. 180.

Qui il fascicolo è ancora più interessante, dal punto di vista archivistico, perché reca traccia di forme di partecipazione della società civile, sopraggiunte dopo la celere approvazione della legge: la lettera dei familiari dei degenti dell'Ospedale psichiatrico "Santa Maria Immacolata" della Casa della Divina Provvidenza di Guidonia, è datata primo agosto 1978; l'ordine del giorno dell'ANEOP (Associazione nazionale degli enti ed organizzazioni psichiatriche) è datato novembre 1978. Le due istanze si incuneano nell'intervallo tra l'approvazione della legge n. 180 e l'approvazione della legge n. 833: attestano l'inscindibile correlazione tra le due proposte normative, nella percezione pubblica, ed anche l'attenzione dell'ignoto funzionario versante il fascicolo, a fine legislatura, in ordine all'oggetto sostanziale delle missive, al di là della chiusura formale del procedimento legislativo in maggio.

L'interesse archivistico, per una modalità tutto sommato anomala di catalogazione, rispecchia l'enormità dell'impatto dell'ordinamento psichiatrico, sulla società nel suo complesso. Tra i valori aggiunti, rispetto alla mera trattazione parlamentare, vi è nel fascicolo di un archivio storico sicuramente anche l'emersione delle doglianze, dei timori e delle istanze che, all'epoca dei fatti, provenivano dalla società civile.

Ma, ovviamente, è nell'Aula il punto di caduta di tutto ciò: l'esercizio del potere legislativo richiede una rigorosa valutazione e selezione delle proposte, secondo criteri di razionalità. Ne è traccia nell'intervento di Luigi Lucchini del 9 febbraio 1904 a Montecitorio: il tema "per i profani – guardato superficialmente – potrà sembrare d'un interesse essenzialmente e principalmente tecnico; ma è facile intendere come, invece, rivesta un carattere essenzialmente e principalmente giuridico e riguardi i più alti e intimi rapporti costituzionali, amministrativi e finanziari".

Così una delle menti migliori della scuola classica del diritto (per la cui evoluzione vedasi Fernando Venturini, *Luigi Lucchini, magistrato e politico*, "Studi storici", Vol. n. 4, ottobre-dicembre 2010) evidenziava la vasta ricaduta costituzionalistica del trattamento della malattia mentale. Il diritto del

paziente all'autodeterminazione ed il divieto di ledere la dignità umana riposano su una proposta morotea scolpita nella Carta fondamentale del 1947 (come dimostra il dettagliato testo *Il pensiero lungo* di Daniele Piccione): eppure, già in epoca statutaria, la componente coercitiva della "cura dei pazzi nel manicomio" sfidava le categorie giuridiche di uno Stato di diritto.

Lucchini aveva già sostenuto con successo il durissimo confronto con Enrico Ferri nel dibattito parlamentare del 1899 sulla reclusione indeterminata ("relegazione") del delinquente recidivo, sbaragliando la posizione del suo storico antagonista col rilevarne la deriva virtualmente eugenetica (v. Silvano Montaldo, *Eugenetica "latina"? Criminologia e sterilizzazioni femminili in Italia a fine '800*, "Passato e presente", 2018, 27). Ma proprio nel dibattito sulla legge manicomiale (cui dichiarò di non poter dare il suo voto) egli constatò l'attribuzione di un "potere sconfinato e quasi dispotico" ai "signori freniatri": da un lato, "se la famiglia offra tali condizioni da poter garantire una cura sufficiente del mentecatto, non vi è alcuna ragione di strapparlo alle pareti domestiche per metterlo in un manicomio, o pubblico o privato"; dall'altro lato, occorre evitare "una specie di giurì sulle questioni medico-legali. E questo sarebbe un disastro per la scienza e per la giustizia, che soprattutto hanno bisogno di luce e di verità, quali sorgono dall'attrito e dal contraddittorio".

Nelle "disposizioni ibride" del testo della legge, nella "scarsa e inadeguata tutela che esso appresta alla libertà individuale ed anche alla pubblica incolumità, per l'esorbitante potestà attribuita ai tecnici", si può dire che già si intravedevano le linee su cui si sarebbe incamminato il diritto penale del Novecento italiano: il "doppio canale" pena-misura di sicurezza ed il doppio presupposto reato-pericolosità sociale, con il definitivo abbandono della tipicità per l'irrogazione della misura afflittiva.

Il "secolo breve" si è chiuso col tramonto di ambedue quei "pensieri forti" dei due grandi antagonisti, Lucchini e Ferri. Il "Cogito debole alla conquista del diritto" (come nel bell'articolo di Andrea Fedeli, *Debolezze e diritti*, "Rivista di BioDiritto", 2018) ha fatto giustizia di questi opposti dogmatismi ed oggi lo sforzo maggiore è confrontarsi con l'apparato normativo sedimentatosi nei decenni.

Solo nel 2011 si avviò il processo di chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, con l'obbligo di dimissione degli internati ritenuti non socialmente pericolosi: l'entrata in funzione delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), poi, fu completata nel febbraio 2017. Ciò non ha però ancora risolto tutte le complesse problematiche, insite nella sopravvivenza del "doppio binario".

La delega prevista dall'articolo 1, comma 16, lettere c) e d) della legge 23 giugno 2017, n. 103 si è fatta carico di considerare le peculiari esigenze di trattamento dei soggetti e nel pieno rispetto dell'articolo 32 della Costituzione. Eppure, l'occasione persa del decreto legislativo 2 ottobre 2018, n. 123 (Marco Pellissero, *Salute mentale e carcere: una necessità dimenticata*, "Questione giustizia", 3/2018) potrebbe portare ad un nuovo caso di supplenza della Corte costituzionale sulla tematica della detenzione domiciliare per i reclusi cui sia sopraggiunta un'infermità psichica, per la quale a palazzo della Consulta è giunta una rimessione, nel marzo scorso, dalla prima sezione penale della Corte di cassazione (ord. n. 101 del 22 marzo 2018).

Il trattamento dell'infermità psichica, in quanto tale, dovrebbe essere definitivamente sottratto alla gestione penalistica: la non imputabilità non va più accostata alle figure di "quasi reato" (ad esempio l'accordo non realizzato per compiere un delitto, ovvero il reato putativo o impossibile), perché ad esse, e non alla prima, si deve applicare il giudizio di pericolosità sociale. Per converso, svincolate dall'infermità psichica le misure di sicurezza e quelle di prevenzione possono finalmente diventare due *species* di un medesimo *genus*, come fu proposto nella XVI legislatura dal disegno di legge n. 2993.

È auspicabile quindi che il Legislatore riprenda il ruolo propulsivo che gli atti d'archivio attestano, sia all'esordio di una vicenda parlamentare ormai ultrasecolare (nell'inascoltato intervento dell'onorevole Lucchini), sia al momento del grande progresso morale e giuridico inaugurato dalla legge Basaglia.

RELATORE

Francesco Pappalardo*

Consigliere parlamentare, responsabile della Biblioteca del Senato.

Chi conclude ha sempre dei vantaggi e degli svantaggi, soprattutto se non è esperto della materia, come nel mio caso. Ha il vantaggio di vivere sulle spalle altrui per quanto è stato detto, ma ha lo svantaggio di essere poco originale, di dover capire quello che è stato detto e anche quello di tenere in vita i sopravvissuti: sopravvissuti non perché l'incontro sia stato noioso, ma perché i presenti, dopo aver ascoltato con entusiasmo gli esperti del settore, si chiedono per quale motivo debbano attendere le conclusioni del "non esperto". Mi sono avvicinato al tema su impulso del Presidente Marilotti, che ringrazio. Rivivere questi argomenti attraverso la voce dei protagonisti ha un effetto diverso rispetto a leggerne sui libri e sui giornali. Mi riferisco non soltanto agli interventi di Paolo Cendon e di Pompeo Martelli, ma anche a quello di Marino Sinibaldi, che con le sue citazioni – romanzesche e cinematografiche – ci ha consentito di conoscere meglio un argomento che per alcuni potrebbe essere ancora misterioso.

Ho preferito avvicinarmi alla tematica sotto il profilo dei lavori parlamentari, che mi sono più congeniali, e quindi mi sono chiesto se oggi questa materia sia ancora attuale. Ho potuto verificare che nel 2018, a inizio legislatura, sono stati presentati quattro disegni di legge, che hanno riacceso il dibattito sulla necessità o meno di modificare la cosiddetta legge Basaglia, soprattutto nella direzione di non lasciare la maggior parte del peso e della responsabilità sulle famiglie. In particolare, uno di questi è stato assegnato in sede redigente[1], quindi ha qualche speranza di poter essere preso in esame. Tutte le proposte sono volte non tanto a modificare la legge Basaglia quanto a favorirne un'attuazione completa. Anche la legge del 1904, quella giolittiana, dovette aspettare per avere un regolamento attuativo, ma "soltanto" cinque anni.

È emersa dai lavori una prima domanda: da dove veniamo?

* È stato mantenuto lo stile colloquiale della relazione, evidenziando le citazioni dirette.

1. Si tratta dell'atto Senato S. 391 (*Sen. Paola Boldrini (PD) e altri*), recante *Disposizioni in materia di tutela della salute mentale volte all'attuazione e allo sviluppo dei princìpi di cui alla legge 13 maggio 1978, n. 180*, presentato il 16 maggio 2018, che riprende il testo del disegno di legge n. 2850, presentato nella precedente legislatura, il 30 maggio 2017, con lo stesso titolo (*Sen. Nerina Dirindin (Art.1-MDP) e altri*).

Mi sembra di aver capito – anzi ne sono sicuro – che in questi decenni è mutato l'approccio alla malattia di mente: quindi dall'impianto repressivo si è passati alla convinzione che la socializzazione e il coinvolgimento del malato possiedano di per sé un'efficacia terapeutica. Da questa legge è emerso – risulta anche dagli altri interventi – un significativo approccio personalista, cioè rivolto a tutelare l'uomo concreto e non la persona astratta presente nei libri di medicina: in particolare, il richiamo alla necessità di tutelare e di ricostruire il tessuto affettivo e relazionale della persona oggetto di cure, riaffermando un principio di dignità.

I trattamenti sanitari devono prevedere sempre il consenso del paziente, il quale va curato in via prioritaria nei presìdi sanitari e solo se necessario negli ospedali o nelle strutture convenzionate. Ciò significa che rimane titolare di tutti i diritti civili e politici, perché soltanto in questo modo può continuare a svolgere, anche se in modo adeguato alla sua malattia, quello che il giurista chiamerebbe una *vita activa* nel rispetto della sua personalità.

Ne deriva che i Trattamenti Sanitari Obbligatori dovrebbero essere considerati un'eccezione, poiché sia in dottrina che nella giurisprudenza il diritto alla salute è sempre più inteso come diritto all'autodeterminazione, esprimendosi anche con il diritto a non essere curato. In altre parole, l'elemento della scelta consapevole è sempre centrale nei rapporti fra medico, istituzioni e paziente. Perciò i temi sui quali si concentra oggi il diritto alla salute riguardano soprattutto le modalità e i contenuti con i quali si esprimono il consenso informato e i limiti del diritto all'autodeterminazione del singolo.

All'evoluzione della disciplina pubblicistica in tale direzione ha fatto seguito – e lo ha ben ricostruito il professor Cendon, che è stato fra i protagonisti – una riforma dello statuto privatistico dei malati di mente e della loro tutela, volta a tutelare, appunto, le persone più vulnerabili. Sotto questo profilo l'individuo è visto ora come un «soggetto il quale vorrebbe assumere le iniziative che sono in grado di assecondare la sua personalità, capaci di farlo diventare più stimato e più felice – o di renderlo meno povero, meno inutile, meno solo»[2].

2. P. Cendon, *Il diritto scopre la follia*, Key Editore, Frosinone 2015, p. 13.

Alla luce di queste considerazioni ci si è interrogati sulle regole del gioco, come risultavano dal codice civile, e si è provato ad innovare.

Oggi si è parlato anche della figura dell'amministratore di sostegno. Al Comitato dell'ONU sui diritti delle persone con disabilità, che nel 2016 auspicava il superamento di questa figura, il professor Cendon ha replicato che proprio l'amministratore di sostegno ha inteso fornire all'interessato un "angelo custode" per il compimento di determinati atti, senza privarlo di alcun diritto.

Sotto un profilo più strettamente medico, il Rapporto sulla Salute Mentale del 2016 – quello sul 2017 è in uscita in questi giorni – illustra nel dettaglio i principali dati sull'utenza, le attività e il personale dei Servizi di Salute Mentale in Italia. Dalla lettura emerge che nel complesso, nel suo spirito riformatore, la legge è stata applicata.

È emersa dal dibattito una seconda domanda: dove andiamo?

Questo forse è l'aspetto maggiormente sottolineato dal professor Martelli. Da tempo si coglie nel Paese – e ne sono eco, ne sono testimoni, i disegni di legge presentati – una diffusa preoccupazione per lo stato della rete dei Servizi di Salute Mentale e ciò viene messo in risalto dalle associazioni dei familiari e dalle persone più vicine ai malati, cui si uniscono gli operatori professionali, che rilevano la necessità di un cambiamento.

È stato detto che le strutture residenziali, presenti in tutte le Regioni, consumano ormai più della metà delle risorse per l'igiene e la salute mentale, quindi la tendenza a ricorrere al posto letto residenziale è sempre in crescita e ciò riduce chiaramente la consistenza e la capacità di intervento dei servizi territoriali. Va inoltre considerato – mi sembra che sia stato detto anche questo – che la domanda dei servizi è in crescita, proprio perché è sempre più indebolita la capacità delle agenzie sociali di dare una risposta alle richieste dei malati. A ciò si aggiunge la riduzione delle risorse umane e di quelle materiali, con una conseguente difficoltà operativa da parte dei servizi, che stentano a rispondere in modo integrato e continuativo ai bisogni della popolazione.

L'applicazione della legge resta a macchia di leopardo, poiché molto è stato demandato alle Regioni e agli Enti locali. È ovvio che dalla capacità

di risposta della singola Regione dipende anche la capacità di accoglienza, e poiché tutto è affidato agli Enti locali si è legati sia alla quantità di risorse disponibili sia alla cultura del personale sanitario e medico. Non è un caso, ovviamente, che le Regioni che hanno maggiormente sperimentato le esperienze di cura e la riabilitazione dei malati psichici hanno un tasso superiore alla media di pazienti autosufficienti in grado di convivere con la malattia.

Resta quindi il problema di questa disomogeneità dell'intervento regionale, che si cerca di superare attraverso i vari piani organici e gli interventi nazionali. Ricordo, per esempio, che nel gennaio del 2013 si è svolta una Conferenza unificata Stato Regioni ed Enti locali, che si è sforzata di superare il problema della disomogeneità, cercando di fornire dei quadri oggettivi e un approccio nazionale omogeneo. Non è stato detto, però, che la recente chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari e la loro trasformazione nelle cosiddette REMS – quanti termini complicati – sono processi che stanno richiedendo tempo e risorse, che al momento mi sembra che non ci siano. Quindi, per superare il limite dei servizi formali si sta creando una rete di servizi integrati nella comunità, cioè collocati là dove insorgono i bisogni. Si è costituita una "rete formale di supporto comunitario" a composizione mista privato-pubblico e si è individuato nella cooperazione sociale il soggetto associativo potenzialmente più adatto ad operare sul terreno della promozione dei diritti di solidarietà.

Il Privato Sociale e il Terzo Settore possono concorrere alla gestione della questione psichiatrica, secondo quel principio di sussidiarietà già citato, che costituisce uno degli aspetti più innovativi del nostro Sistema Sanitario Regionale.

Sappiamo che il principio di sussidiarietà (art. 118 C.) può essere visto sotto una duplice angolazione. In direzione verticale, nel senso che la ripartizione gerarchica delle competenze deve essere spostata verso gli enti più vicini, quindi le Regioni e gli Enti locali. In senso orizzontale, quando il cittadino, sia come singolo sia come associato, attraverso i cosiddetti corpi intermedi, delega la possibilità di cooperare con le istituzioni nel definire quegli interventi che possono incidere maggiormente sulla realtà locale. Di conseguenza, il principio di sussidiarietà orizzontale a mio avviso legittima i soggetti della comunità territoriale – anche se non formalmente costituiti – a farsi carico a pieno titolo di tutte quelle problematiche di sofferenza sociale e personale che ancora oggi le famiglie vivono. Si tratta di favorire una cultura che riconosca la caratterizzazione della rete sociale come "comunità terapeutica riabilitativa allargata", attraverso la nascita – e penso a tutte le esperienze narrate dal professor Cendon – di gruppi di *self-help*, come si dice oggi, cioè la creazione di momenti partecipativi, di occasioni di assunzioni di responsabilità, in grado di operare con caratteristiche relazionali.

Va sottolineata l'importanza di essere vicino al malato, per poterne capire le esigenze e – al di là di quelle che sono tutte le norme, scritte o non scritte – di poter rendersi conto che l'individuo curato è una persona. Una persona che ha bisogno innanzitutto di relazionarsi, perché soltanto attraverso l'essere in relazione può avere anche la capacità, entro i limiti della sua malattia, di poter intervenire su sé stesso. Dal momento che oggi si prevede che quasi tutto – al di là dei trattamenti obbligatori – sia volontario, è chiaro che la persona da curare deve essere il più possibile consapevole dei propri limiti ma anche delle proprie capacità, e ciò può essere fatto soltanto attraverso una vicinanza ambientale, fondamentale per fornirle l'energia e la fiducia indispensabili.

«La chiave – è stato detto – è che abbiamo sempre di fronte un essere umano che non riesce a gestirsi, non abbastanza, non ogni giorno; che starà meglio trovando appoggi attorno»[3].

Vi ringrazio.

3. P. Cendon, *I diritti dei più fragili. Storie per curare e riparare i danni esistenziali*, Rizzoli, Milano 2018, cap. 14.

Documenti

Archivio storico del Senato della Repubblica,
Disegno di legge *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*,
Legislatura XXI, seconda sessione (1902-1904), Atto Senato n. 147

Decreto reale di autorizzazione
alla presentazione
del Disegno di legge
Roma, 27 novembre 1902

147

VITTORIO EMANUELE III.

PER GRAZIA DI DIO E PER VOLONTÀ DELLA NAZIONE

RE D'ITALIA

Veduto l'art. 10 dello Statuto fondamentale del Regno;
Sulla proposta del Nostro Ministro Segretario di Stato per gli Affari dell'Interno,
Sentito il Consiglio dei Ministri

Abbiamo decretato e decretiamo:

Il Nostro Ministro predetto è autorizzato a presentare al Parlamento il disegno di legge «sui Manicomi e sugli alienati».

Dato a Roma 27 Novembre 1902

Vittorio Emanuele

Relazione non autografa
del Ministro dell'Interno Giolitti
sul Disegno di legge
6 dicembre 1902

Seduta del 6 dicembre 1902 –
Ministro dell'Interno
#147
Inviato al Senato

Progetto di legge

Disposizioni sui manicomi e sugli alienati

Signori Senatori:

È già decorso un quarto di secolo da quando, per la prima volta, fu fatta presente al Parlamento l'urgente necessità di una legge sui manicomi e sugli alienati, la quale circondasse, uniformemente in tutto il Regno, di garenzie efficaci, nel pubblico come nel privato interesse, la tutela della libertà individuale e delle sostanze dei folli, non meno che di ogni altro cittadino.

Le vicende politiche e parlamentari non hanno permesso che diventasse legge dello Stato nessuno dei dieci progetti finora sottoposti al Parlamento a partire dal 1877; sicché, in pratica, si è dovuto cercare di supplire in qualche modo al difetto, che si lamenta da per tutto – salvo che in Toscana, dove vige sempre il *motu-proprio* granducale 2 agosto 1838 – mediante norme regolamentari interne, fondate sulle disposizioni dei codici e di altre leggi in vigore, e non è chi non veda quanto abbia dovuto riuscire e riesca dannosa tanta incertezza.

16

— Disegno di Legge —

Custodia e cura degli alienati

Articolo 1.

Debbono essere custodite e curate nei manicomii le persone affette da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorchè nei manicomii. Sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati

18

Contro il decreto del presidente è ammesso il reclamo al tribunale.

Competenza delle spese.

Articolo 4.°

Nulla è innovato alle disposizioni vigenti circa l'obbligo delle provincie di provvedere alle spese pel mantenimento degli alienati poveri.

La spesa pel trasporto di questi al manicomio è a carico dei comuni nei quali essi si trovano nel momento in cui l'alienazione mentale viene constatata; quella per ricondurli in famiglia è a carico della provincia al cui incombeva l'obbligo del mantenimento; quella pel trasferimento da un manicomio all'altro a carico della provincia che l'ha ordinato.

Le spese di qualunque genere per gli a-

Disposizioni finali

Articolo 8.

Le disposizioni degli articoli 98 della legge 17 luglio 1890, n.° 6972, e 124 del regolamento amministrativo 5 febbraio 1891, n.° 99, sono applicabili a tutti i manicomii pubblici e privati.

Articolo 9.

Dal giorno dell'attuazione della presente legge è abrogata ogni contraria disposizione generale o speciale vigente in materia.

È data facoltà al Governo del Re di provvedere all'ordinamento delle ispezioni periodiche a mezzo di ispettori della pubblica beneficenza, e di determinare col regolamento, sentito il Consiglio di Stato e il Consiglio Superiore di Sanità, le norme per l'esecuzione della presente legge e le penalità per le contravvenzioni alla legge e al regolamento medesimo. Le penalità non potranno estendersi oltre le mille lire, senza pregiudizio

Relazione dell'Ufficio centrale, gennaio 1903

Atti Parlamentari — 1 — *Senato del Regno*

LEGISLATURA XXI — 2ª SESSIONE 1902-903 — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

SENATO DEL REGNO (N. 147-A)

RELAZIONE DELL'UFFICIO CENTRALE

COMPOSTO DEI SENATORI

RIBERI, *presidente*, CEFALY, *segretario*, DE GIOVANNI, PATERNOSTRO *e* INGHILLERI, *relatore*

SUL DISEGNO DI LEGGE

presentato dal Ministro dell'Interno

NELLA TORNATA DEL 6 DICEMBRE 1902

Disposizioni sui Manicomi e sugli alienati

SIGNORI SENATORI. — Il disegno di legge intorno ai manicomi o morotrofi, come alcuni con parola che può avere significato più umano e civile li chiamano, razionale compendio e quasi epilogo di molti altri disegni, che riposano nella polvere degli archivi, ha per iscopo di dare ordinamento organico e assetto a questi Istituti, sulla cui importanza sociale è superfluo spendere parole.

Il Governo non poteva perdere di vista le vicende dei non pochi progetti, le cagioni del loro insuccesso e la necessità di cui un giorno più dell'altro si sentiva il bisogno, di por mano a provvedimenti legislativi. Delle quali circostanze mette conto esporre in modo sommario i principali motivi, perchè il Senato possa far ragione dell'opera dell'Ufficio centrale, che togliendo dal tempo e dall'esperienza ammaestramento, è convinto di compiere più che altro una buona azione, preferendo a un lavoro compiuto in tutti i particolari, l'accettazione dei sommi principî, che daranno fondamento a un regolare e uniforme sviluppo dei manicomi.

Con sano e lodevole accorgimento il Ministero ha messo da lato la questione finanziaria e ha tolto via tutte quelle speciali disposizioni che hanno sede opportuna nel regolamento, e ha segnato i lineamenti generali riguardanti l'assetto giuridico dei manicomi, sopra i quali lineamenti si possono poi mettere in ordine quei provvedimenti, che della legge sono svolgimento e appendice.

Il ricordo malinconico delle vicende dei molti progetti è ammonimento a non confondere le due principali questioni, che si agitano intorno a tale materia.

L'una si riferisce all'ordinamento dei manicomi in relazione al loro governo, all'ammissione e dimissione degli alienati e ai loro effetti, l'altra si attiene all'obbligo del mantenimento degli alienati.

Quest'ultimo tema è assai ponderoso; e nell'intendimento di giudicarne la portata basta appena accennare a qualche quesito: per esempio, se sia proprio ufficio di una collettività quale la provincia, il provvedere ai folli della provincia, o se invece sia propria funzione dei comuni, che in grandissimo numero mancano di ogni mezzo idoneo e pari alla importanza di tali istituti, o se invece come per i brefotrofi

1

avviene, debbano i comuni concorrere al mantenimento e in qual misura, o se basti una somma di disposizioni, che pongano freno alla facilità degli enti locali d'inviare una folla di cretini, d'idioti, d'epilettici non pericolosi nei manicomi, con danno grandissimo dell'erario provinciale.

Non è infondata congettura che la unione della questione finanziaria con quella d'ordine giuridico non sia stata di lieto augurio alla fortuna dei molti progetti ministeriali, che sin dal 1877 sono stati presentati ora alla Camera ora al Senato e che per vicende parlamentari o per chiusura di Sessione non sono divenuti legge.

Se vi è questione urgente, chè deve con amorosa sollecitudine essere risoluta, è questa dei manicomi. E se a dimostrarne la urgenza non valgono l'onta e il danno di lasciare questi istituti in uno stato inorganico, valgano almeno le condizioni speciali in cui essi si trovano e le inchieste rivelatrici d'inauditi disordini.

Infatti uno dei principali problemi relativi ai manicomi nel duplice ordine giuridico e sociale, cioè stato delle persone e incolumità pubblica è il modo di ammissione degli alienati nei manicomi.

Ora è necessario che il Senato conosca quali siano le discipline o le consuetudini attualmente vigenti in Italia, materia assai gelosa, che tutte le nazioni civili regolano con legge per evitare sequestri di persone a scopo di delittuose speculazioni.!

In una sola regione, la Toscana, la materia è disciplinata con legge il motu-proprio granducale del 2 agosto 1838; nelle altre regioni i modi di ammissione mutano secondo i gusti locali.

In qualcuna (e ciò è il meno male) l'ammissione ha luogo in seguito ad ordine del prefetto, in alcune è la Deputazione provinciale che emana il provvedimento, in altre il sindaco o l'autorità di sicurezza pubblica emette l'ordine, che dovendo aver carattere provvisorio, rimane in fatto definitivo.

Di questa specifica e sin oggi voluta confusione il danno più appariscente è questo, che il Ministero Pubblico, ignaro di quel che avviene, non è in grado di promuovere quei provvedimenti, che sono protezione e tutela alla persona e al patrimonio dell'alienato.

È onesto tollerare che duri ancora questo anormale stato di cose?

2

È ancor viva nell'animo di ogni buon italiano l'eco dolorosa dei risultati della inchiesta eseguita dall'illustre professore di psichiatria di Padova sul manicomio di S. Servilio; è grave che in Italia, che fu tra le prime nazioni a introdurre nei manicomi metodi umani e civili, possa perdurare ancora un sistema, ch'è offesa alla umanità, onta alla civiltà. Esce dal nostro compito il riassumere l'opera pietosa e civile, eseguita dal professore Belmondo; ma il compendio della inchiesta è, che esiste ancora qualche manicomio ch'è la negazione di ogni principio d'igiene di terapeutica razionale e di umanità.

È quindi urgente dotare il nostro paese di una legge regolatrice dei manicomi, ed è partito provvido rimettere al regolamento tutte quelle disposizioni, che riguardano in sostanza il servizio interno, sul cui regolare assetto è necessario il contributo di persone esperte della materia.

In qual modo debbano essere distribuiti i reparti in un manicomio, quanti sanitari occorrano in ragion degli ammalati, quanti infermieri e quale debba essere la loro proporzione e il loro tirocinio per essere ammessi a un così importante ufficio, se e in qual modo si debba organizzare l'assistenza familiare e se questa debba essere omofamiliare o eterofamiliare e in qual modo debbano organizzarsi le società di patronato per i pazzi poveri licenziati dal manicomio, sono tutti problemi tecnici, i quali si attengono al modo, in cui devono funzionare i manicomi, e la materia è propria del regolamento.

La questione della direzione, che si agitò in Senato e che può sembrare grossa, è anche opportuno rimandarla al regolamento; perchè una disposizione regolamentare può essere facilmente modificata, se il sistema che si adotta, non rende i frutti sperati.

Altre norme come quelle che si riferiscono all'ordinamento materiale di questi istituti, al loro obbligo di fornire il materiale di studio alle cliniche psichiatriche, devono far parte del regolamento, perchè già vi provvedono le leggi sulla sanità pubblica e sulle istituzioni di pubblica beneficenza.

Opera superflua sarebbe stata proporre disposizioni relative ai manicomi giudiziari, per-

3

chè il regolamento del 1° febbraio 1891 prov vede in conformità e in esecuzione del codic penale. Il paragrafo intitolato « Disposizioni spe ciali per i manicomi giudiziari », art. 469, 48(contiene una serie di provvedimenti, che proposti opportunamente nel disegno di legge, presentato dal ministro dell'interno alla Camera dei deputati nella tornata del 15 marzo 1881, ne sarebbero oggi riproduzione superflua, perchè il citato regolamento governa in conformità e in esecuzione del codice penale tutta la materia.

Per le premesse considerazioni l'Ufficio centrale si è convinto che opera altamente lodevole è stata quella di sfrondare il progetto di tutto ciò ch'era superfluo, e di proporre all'esame del Senato le disposizioni fondamentali intorno ai manicomi, rimettendo a tempo opportuno e dopo maturi studi la soluzione del problema riguardante il lato finanziario di questi istituti.

Brevissima sarà l'illustrazione e il commento delle singole disposizioni.

Con l'art. 1 si definiscono quali sono i manicomi, quali gli alienati che vi debbono essere rinchiusi, quali gli alienati che possono essere ricoverati in altri asili, e in virtù di quale provvedimento, e infine in qual modo e con quali forme possa essere consentita la cura a pagamento in una casa privata.

Non può esser tema di controversia e la definizione dei manicomi e la qualità degli alienati che vi debbono essere rinchiusi, perchè il primo prende nome e carattere giuridico dalla qualità degli ammalati, e la seconda è la riproduzione degli articoli di tutte le disposizioni di legge che rispecchia un portato della scienza psichiatrica. Le parole adoperate nell'art. 1 ne sono il più lucido commento.

4

Con gli altri capoversi si cerca modo di riparare a un inconveniente da molto tempo lamentato e gravissimo perchè è accertato in fatto che i manicomi, i quali hanno la destinazione di curare gli alienati e di custodire quelli che sono di pericolo a sè o agli altri o che sono di pubblico scandalo, sono affollati e ingombri da un gran numero d'idioti cretini epilettici e che non sono nè pericolosi nè di scandalo pubblico, nè sono guaribili. Questa irregolare condizione di fatto genera l'effetto talvolta necessario che i manicomi possono male adempire l'ufficio proprio. È quindi provvida la disposizione, che conferisce al Prefetto la facoltà di rendere obbligatorio il ricovero degl'idioti negli asili di mendicità o in altri istituti congeneri. Però per suggerimento di uno dei più illustri psichiatri bisogna aggiungere dopo *alcoolismo* e per altre forme morbose croniche, che hanno origine diversa dalle indicate malattie.

Alla parola « istituti » si sostituisce la parola « istituzione » in rapporto alla cura in casa privata.

È sembrato infine all'Ufficio centrale che disposizione ottima si è il riconoscere legale la cura a pagamento in casa privata.

5

L'Ufficio centrale ha mantenuto nel tribunale la facoltà di consentire la cura a pagamento in casa privata, quando si tratti della denuncia dello stato mentale di un individuo; ma se questi è stato ammesso al manicomio, dee riconoscersi nel direttore la facoltà di rimettere l'alienato in una casa privata a pagamento, perchè ciò può in certe circostanze essere metodo di cura. Il direttore esercita tale facoltà sotto la sua responsabilità.

Si son tolte le parole la «cura a domicilio», perchè non è umano costringere un padre a denunciare il figlio o la figlia, i quali possono senza pericolo e senza danno essere curati in casa propria.

L'art. 2 provvede in modo abbastanza chiaro su quali documenti possa essere autorizzata l'ammissione nei manicomi, in via provvisoria, e con quali norme l'ammissione diventa definitiva.

Nei casi d'urgenza l'Autorità di sicurezza pubblica in base a certificato medico può disporre il ricovero provvisorio dell'alienato, con l'obbligo di riferirne entro 3 giorni al procuratore del Re. Ed è disposizione importante quella, che al pretore o all'Autorità di sicurezza pubblica fa obbligo di provvedere alla custodia provvisoria dei beni degli alienati, dovendo i provvedimenti definitivi essere dati dall'Autorità giudiziaria.

Uno dei commissari propone che il ricoverato in via provvisoria in un manicomio sia considerato almeno in stato d'inabilizazione, perchè non è giusto che contro chi non può agire, e che non ha una legale rappresentanza, decorrano termini e che si consideri come capace di amministrare chi, per la fondata presunzione di esser privo del ben dell'intelletto, è ricoverato provvisoriamente in un manicomio e non può neanche in fatto amministrare.

Le considerazioni esposte sembrarono gravissime, ma parve non potersi accettare la proposta per motivi d'ordine generale.

6

Imperocchè la legge pei manicomi non si occupa della capacità giuridica degli alienati, che è regolata dal Codice civile; e in materia di così grande importanza non è sembrato opportuno apportare una modificazione qualsiasi al Codice. D'altronde la dottrina è venuta in soccorso degli alienati, perchè è ritenuto che i negozi conclusi prima della interdizione possono impugnarsi, quando la causa della interdizione esisteva all'epoca, in cui gli atti sono stati posti in essere.

Concorrono anche motivi d'ordine speciale che non consigliano l'accettazione della proposta, perchè vi sono casi in cui i pellagrosi e gli alcoolisti devono essere in via provvisoria ricoverati in un manicomio, ma dopo cinque o sei giorni il loro stato anormale cessa. In tali circostanze si creerebbe un'anomala condizione di cose, cioè che un individuo sia assimilato all'inabilitato sinchè è nel manicomio, e che uscito dal manicomio dopo cinque o sei giorni ridivenga *integri status*.

L'Ufficio centrale non dissimulando la gravità della proposta ispirata da un alto senso di pietà verso questi poveri infermi, non ha creduto per gli esposti motivi accettarla.

7

L'art. 3 conferisce al presidente la facoltà di licenziare dal manicomio gli alienati con quelle cautele che ivi sono indicate. Non è sembrato, e a ragione, necessaria una deliberazione del tribunale nel caso di licenziamento; però gli interessati hanno diritto a produrre reclamo al tribunale. Però il licenziamento in via di prova dev'essere nei poteri del direttore che ne assume la responsabilità; quando il direttore è convinto che l'alienato abbia raggiunto un notevole miglioramento, può essere nocivo all'ammalato l'indugio necessario per promuovere i provvedimenti del presidente; e la celerità del provvedimento, in certi casi, è fattore considerevole del metodo di cura.

Quindi il secondo capoverso, che diviene ultimo, è concepito nei seguenti termini:

« Il direttore del manicomio può ordinare il licenziamento in via di prova dell'alienato che abbia raggiunto un notevole grado di miglioramento, ma ne darà immediatamente comunicazione al Procuratore del Re e all'autorità di pubblica sicurezza ».

L'art. 4, mentre nulla innova all'obbligo delle provincie per il mantenimento degli alienati poveri, contiene disposizioni relative alla spesa dei trasporti degli alienati, che sono accettabili.

Provvedimento lodevole è quello di porre a carico dei comuni, ove si trovano gli alienati, la spesa del trasporto, senza l'obbligo di indagare quale sia il domicilio di soccorso; perchè in tal modo si pone un qualche riparo alla facilità con la quale i comuni promuovono l'ammissione nei manicomi.

Non occorre alcun commento in rapporto alle discipline con cui è regolata la competenza passiva delle altre spese di trasporto; non potendosi dubitare che sia dovere della provincia che ha obbligo del mantenimento dell'alienato, ricondurlo in famiglia, che incomba alla provincia che promuove il trasferimento di un alienato da un maniscomio ad un altro, farne le spese, e che per gli alienati esteri le spese siano a carico dello Stato.

In rapporto agli alienati giudicabili o condannati è fuori di controversia che lo Stato debba fare le spese finchè dura la loro condizione giuridica di condannato o di giudicabile; cessata la quale deve cessare ogni obbligo dello Stato.

8

Sull'art. 5 l'Ufficio centrale ha osservato che sia provvido partito far tesoro dell'ultimo responso della Cassazione romana, che le questioni relative al domicilio di soccorso e alla competenza passiva delle spese di spedalità per infermi ricoverati negli ospedali per effetto di ordine dell'autorità comunale, siano di competenza amministrativa, ed è sembrato necessario formulare una disposizione che non lasci dubbi sulla competenza, imperocchè la materia è puramente amministrativa e l'obbligo della spesa ha fondamento sopra esclusivi rapporti d'ordine amministrativo.

Il provvedimento, quasi del tutto conforme ai giudicati dell'autorità giudiziaria, è utile in pratica, perchè con giudizi che sono sommari e che si possono svolgere con poco dispendio, si pone termine in un corto volgere di tempo a controversie, alimentate spesso da puntigli e da vaghezza di contendere.

Solo quando è interessato lo Stato, nell'intento di evitare l'inconveniente che sia tratto in giudizio innanzi alle varie Giunte amministive provinciali o quando siano più provincie e più comuni od enti di pubblica beneficenza appartenenti a provincie diverse, si attribuisce la competenza alla IV Sezione.

Quindi l'art. 5 è modificato nei seguenti termini:

« Le controversie relative alle spese per gli alienati, nelle quali siano interessati lo Stato o più provincie o comuni e istituzioni di pubblica beneficenza che abbiano obbligo del mantenimento degli alienati, appartenenti a provincie diverse, sono di competenza della IV Sezione del Consiglio di Stato ».

Tutte le altre controversie di tal natura sono di competenza della Giunta provinciale amministrativa in sede contenziosa.

Importante è il tema della vigilanza, oggetto dell'art. 6 del progetto, e del modo in cui si deve esercitare.

9

A una Commissione composta del medico provinciale, di un membro del Consiglio provinciale di sanità esperto in materie amministrative e di un medico alienista, è deferita la cura della vigilanza nella provincia, e l'Ufficio centrale ha aggiunto *preferibilmente di un professore di psichiatria*, perchè nelle provincie sede di Università è conveniente, salvo speciali eccezioni, che il professore di clinica psichiatrica faccia parte di una Commissione, che è destinata ad esercitare una grande influenza sul buon governo dei manicomi.

Le norme riguardanti il carico delle spese per le ispezioni sono lodevoli perchè tali spese gravano gl' istituti nel caso di accertate trasgressioni alla legge e ai regolamenti. Le controversie per tali spese sono decise dalla IV Sezione in Camera di Consiglio.

L' art. 7, è sanzione per le trasgressioni alla legge e ai regolamenti e quindi conferisce in tali casi la facoltà al prefetto di sospendere o revocare l' autorizzazione di apertura e di esercizio dei manicomi presenti.

Nello stesso articolo si concede il diritto di ricorso contro il provvedimento del prefetto.

Le disposizioni della legge sulle Istituzioni di pubblica beneficenza e del relativo regolamento in rapporto agli obblighi degli spedali verso le cliniche medico-chirurgiche si applicano ai manicomi.

Con l' art. 9 con cui si deroga alle disposizioni generali o speciali vigenti nella materia, si dà facoltà al Governo del Re di provvedere all' ordinamento d' ispezioni periodiche a mezzo d' ispettori della pubblica beneficenza. L'Ufficio centrale consente che sia al Governo del Re accordata la chiesta facoltà, ma crede che non sia utile limitarla in rapporto ai funzionari, che devono esercitarla, lasciando al regolamento la designazione dei funzionari per mezzo dei quali possa il Governo esercitare il diritto d'ispezione.

È necessario infine dare al Governo il mandato di stabilire le penalità per le contravvenzioni alla legge e al regolamento, le quali penalità non possono estendersi oltre le L. 1000. Infatti il regolamento può e deve contenere disposizioni importantissime intorno al modo in cui i manicomi devono funzionare, e all' ordinamento del servizio interno, disposizioni che se da un lato mirano alla cura degli alienati, hanno anche per iscopo la tutela della incolu-

10

mità pubblica; e la trasgressione di così importanti disposizioni regolamentari non può rimanere impunita.

Signori Senatori,

È tempo che l' Italia sia dotata di una legislazione intorno ai manicomi; è una vera necessità a cui deve obbedire il legislatore, che fa nello stesso tempo opera civile. Il progetto sembra modesto, ma designa tutti i lineamenti generali che coloriti con un regolamento compilato da persone competenti renderanno i frutti sperati cioè un civile e razionale ordinamento dei manicomi. Quindi l' Ufficio centrale con voti unanimi raccomanda il progetto al vostro favorevole suffragio.

Addì gennaio 1903.

INGHILLERI, *relatore*.

11

DISEGNO DEL MINISTERO	DISEGNO DELL' UFFICIO CENTRALE
—	—
Custodia e cura degli alienati.	
Articolo 1.	Art. 1.
Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette da alienazione mentale, quando siano pericolose a sè o agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorchè nei manicomi. Sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere.	*Identico.*
Fermo rimanendo l' obbligo della spesa per le provincie, gli alienati per idiotismo, cretinismo, pellagra, epilessia, alcoolismo, i quali abbiano bisogno soltanto di ricovero e di custodia, possono essere ricoverati in asili di ammalati cronici o di mendicità o in altri istituti congeneri.	Fermo rimanendo l' obbligo della spesa per le provincie, gli alienati per idiotismo, cretinismo, pellagra, epilessia, alcoolismo, e per altre forme morbose, i quali abbiano bisogno soltanto di ricovero e di custodia, possono essere ricoverati in asili di ammalati cronici o di mendicità o in altre istituzioni congeneri.
Tale provvedimento, con le forme prescritte dal regolamento, può essere reso obbligatorio dal prefetto, sentito il Consiglio provinciale di sanità, allorchè è necessario ridurre il numero degli alienati ricoverati in un manicomio.	*Identico.*
Può essere consentita dal tribunale, sulla richiesta del procuratore del Re, la cura gratuita o a pagamento di alienati a domicilio o in una casa privata, e in tal caso la persona che li riceve e il medico che li cura assumono tutti gli obblighi imposti dal regolamento.	Può essere consentita dal tribunale, sulla richiesta del procuratore del Re, la cura a pagamento in una casa privata, e in tal caso la persona che li riceve e il medico che li cura assumono tutti gli obblighi imposti dal regolamento.
	Il direttore di un manicomio può sotto la sua responsabilità ordinare la cura a pagamento di un alienato in una casa privata, ma deve darne immediatamente notizia al procuratore del Re e all' autorità di pubblica sicurezza.
Art. 2.	Art. 2.
L' ammissione degli alienati nei manicomi deve essere chiesta dai parenti, tutori o protutori, e può esserlo da chiunque altro nello interesse degli infermi e della società.	*Identico.*
Essa è autorizzata, in via provvisoria, dal pretore sulla presentazione di un certificato medico e di un atto di notorietà, redatti in confor-	*Identico.*

12

mità delle norme stabilite dal regolamento, ed in via definitiva dal tribunale in camera di consiglio sull' istanza del pubblico ministero, in base alla relazione del direttore del manicomio e dopo un periodo di osservazione che non potrà eccedere in complesso un mese.	
L' autorità locale di pubblica sicurezza può, in caso d' urgenza, ordinare il ricovero in via provvisoria, in base a certificato medico, ma è obbligata a riferirne entro tre giorni al procuratore del Re, trasmettendogli il cennato documento.	*Identico.*
Tanto il pretore, quanto l' autorità locale di pubblica sicurezza, nei casi suindicati, debbono provvedere alla custodia provvisoria dei beni dell' alienato.	*Identico.*
Il procuratore del Re deve proporre al tribunale, per ciascun alienato, di cui sia autorizzata l' ammissione in un manicomio o la cura a domicilio, i provvedimenti che convenisse adottare in conformità delle disposizioni contenute nel titolo X, libro I, del codice civile.	Il procuratore del Re deve proporre al tribunale, per ciascun alienato, di cui sia autorizzata l' ammissione in un manicomio o la cura in una casa privata, i provvedimenti che convenisse adottare in conformità delle disposizioni contenute nel titolo X, libro I, del Codice civile.
Art. 3.	Art. 3.
Il licenziamento dal manicomio degli alienati guariti è autorizzato con decreto del presidente del tribunale, sulla richiesta del direttore del Manicomio o su quella delle persone menzionate nel primo comma dell'articolo precedente, sentito in quest' ultimo caso il direttore.	*Identico.*
Nello stesso modo può essere autorizzato, con le cautele prescritte dal regolamento, il licenziamento, in via di prova, dell' alienato che abbia raggiunto un notevole grado di miglioramento.	*Soppresso.*
Contro il decreto del presidente è ammesso il reclamo al tribunale.	*Identico.*
	Il direttore del manicomio può ordinare il licenziamento in via di prova, dell' alienato che abbia raggiunto un notevole grado di miglioramento e ne darà immediatamente comunicazione al procuratore del Re e all' autorità di pubblica sicurezza.
Competenza delle spese.	
Art. 4.	Art. 4.
Nulla è innovato alle disposizioni vigenti circa l' obbligo delle provincie di provvedere alle spese pel mantenimento degli alienati poveri.	*Identico.*

13

La spesa pel trasporto di questi al manicomio è a carico dei comuni nei quali essi si trovano nel momento in cui l'alienazione mentale viene constatata; quella per ricondurli in famiglia è a carico della provincia a cui incombeva l' obbligo del mantenimento; quella pel trasferimento da un manicomio all' altro a carico della provincia che l' ha ordinato.	
Le spese di qualunque genere per gli alienati esteri sono a carico dello Stato, salvo gli effetti delle relative convenzioni internazionali.	
Le spese per gli alienati condannati o giudicabili, ricoverati sia in manicomî giudiziari, sia in sezioni speciali di quelli comuni, sono a carico dello Stato, pei condannati fino al termine di espiazione della pena e pei giudicabili fino al giorno in cui l' autorità giudiziaria dichiari non farsi luogo a procedimento a carico di essi. Negli altri casi, compreso quello contemplato dall'art. 46 del Codice penale, la competenza della spesa è regolata dalle norme comuni.	
Art. 5.	Art. 5.
Le controversie riflettenti le spese per gli alienati, nelle quali sia interessato lo Stato, sono decise dalla IV sezione del Consiglio di Stato, quando non siano di competenza dell' autorità giudiziaria.	Le controversie relative alle spese per gli alienati nelle quali siano interessati lo Stato, o più provinciec, o omuni o istituzioni di pubblica beneficenza che abbiano obbligo del mantenimento degli alienati, appartenenti a provincie diverse, sono di competenza della IV Sezione del Consiglio di Stato.
Per tutte le altre controversie di tal natura si applicano le disposizioni dell' art. 80 della legge 17 luglio 1890 sulle istituzioni pubbliche di beneficenza.	Tutte le altre controversie di tal natura sono di competenza della Giunta provinciale amministrativa in sede contenziosa.
Vigilanza sui manicomi e sugli alienati.	
Art. 6.	Art. 6.
La vigilanza sui manicomi pubblici e privati e sugli alienati curati a domicilio è affidata al Ministro dell' Interno ed ai prefetti.	La vigilanza sui manicomi pubblici e privati e sugli alienati curati in casa privata è affidata al ministro dell' interno ed ai prefetti.
Essa è esercitata in ogni provincia, secondo le norme fissate dal regolamento, dal prefetto, assistito da una Commissione composta del medico provinciale, che la presiede, del membro del Consiglio provinciale di sanità, esperto in materie amministrative, e di un medico alienista nominato dal Consiglio stesso.	Essa è esercitata in ogni provincia, secondo le norme fissate dal regolamento, dal prefetto, assistito da una Commissione composta del medico provinciale, che la presiede, del membro del Consiglio provinciale di sanità, esperto in materie amministrative, di un medico alienista nominato dal Consiglio stesso e preferibilmente di un professore di psichiatria.
Il ministro deve disporre ispezioni periodiche.	*Identico.*

14

È applicabile ai manicomi pubblici e privati la disposizione dell'art. 35 della legge 22 dicembre 1888 sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica.	*Identico.*
Le spese per le ispezioni ordinarie e straordinarie sono impostate nel bilancio del Ministero dell'interno, salvo rimborso dalle amministrazioni interessate, secondo le norme fissate dal regolamento, nel caso che siano constatate trasgressioni delle disposizioni contenute nella presente legge e nel regolamento. Alle dette amministrazioni è fatto salvo il regresso contro gli amministratori e gl'impiegati responsabili delle trasgressioni.	*Identico.*
Le controversie relative alla competenza di tali spese sono decise, anche nel merito, dalla IV sezione del Consiglio di Stato, in camera di consiglio.	*Identico.*
Art. 7.	Art. 7.
Nel caso di gravi trasgressioni della presente legge e del relativo regolamento il prefetto, senza pregiudizio delle sanzioni penali che fossero applicabili, può, sentito il Consiglio provinciale di sanità, al quale è per l'oggetto aggregato il medico alienista, di cui all'articolo precedente, sospendere o revocare l'autorizzazione di apertura e di esercizio pei manicomi privati.	*Identico.*
Contro tale provvedimento è ammesso il ricorso al Ministro dell'Interno, il quale provvede sentito il Consiglio di Stato o il Consiglio superiore di sanità, a seconda dell'indole della controversia.	
Pei manicomii pubblici si provvede in conformità della legge che regola l'ente, al quale appartengono.	
Disposizioni finali.	
Art. 8.	Art. 8.
Le disposizioni degli articoli 98 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, e 124 del regolamento amministrativo 5 febbraio 1891, n. 99, sono applicabili a tutti i manicomii pubblici e privati.	*Identico.*
Art. 9.	Art. 9.
Dal giorno dell'attuazione della presente legge è abrogata ogni contraria disposizione generale o speciale vigente in materia.	*Identico.*

15

È data facoltà al Governo del Re di provvedere all'ordinamento delle ispezioni periodiche a mezzo d'ispettori della pubblica beneficenza, e di determinare col regolamento, sentito il Consiglio di Stato e il Consiglio superiore di sanità, le norme per l'esecuzione della presente legge e le penalità per le contravvenzioni alla legge e al regolamento medesimo. Tali penalità non potranno estendersi oltre le 1000 lire, senza pregiudizio delle pene maggiori sancite dal Codice penale pei reati da esso previsti.	È data facoltà al Governo del Re di provvedere all'ordinamento delle ispezioni periodiche a mezzo di ispettori, e di determinare col regolamento, sentito il Consiglio di Stato e il Consiglio superiore di Sanità, le norme per l'esecuzione della presente legge e le penalità per le contravvenzioni alla legge e al regolamento medesimo. Tali penalità non potranno estendersi oltre le 1000 lire, senza pregiudizio delle pene maggiori sancite dal Codice penale pei reati da esso previsti.

16

Petizioni inviate al Senato.

DEPUTAZIONE PROVINCIALE
DI TERAMO

N. 439.

OGGETTO

Nuovo disegno di legge sui Manicomi e sugli alienati

Teramo 11 marzo 1903

La Deputazione Provinciale di Teramo,

Vista la propria deliberazione in data 30 gennaio ultimo, con cui, presa visione del nuovo disegno di legge sui Manicomi e sugli alienati, presentato al Senato del Regno nella tornata del 6 dicembre 1902, si aderiva all'invito per un'agitazione legale fra le Provincie del Regno, intesa ad ottenere che il disegno stesso venisse modificato nel senso di alleviare, anzichè aggravare, l'attuale carico delle provinciali amministrazioni, salvo a mettersi d'accordo con le Provincie consorelle circa le modifiche a proporsi;

Viste le memorie e circolari pervenute in proposito da varie Provincie, e segnatamente quelle di Torino, Padova, Novara e Brescia;

Vivamente aderendo alle idee in esse svolte e alle proposte avanzate;

Udita la relazione dell'on. Candelori;

Delibera a voti unanimi:

Invocarsi dagli alti Poteri dello Stato, che le modifiche in parola, a tutela dei gravi interessi implicati nell'argomento, si informino ai seguenti criteri principali:

1. Che il disegno di legge venga opportunamente ampliato allo scopo di comprendere e sancire tutte quelle norme essenziali, che per sana regola costituzionale non dovrebbero essere deferite, come si propone, al regolamento relativo;

2. Che le spese di mantenimento dei mentecatti poveri, in conformità de' desiderati in altre contingenze esposti, vengano addossate per un quarto ai Comuni, non essendo plausibili le obiezioni mosse al riguardo nella relazione che precede il disegno, nè fondate su giustizia le ragioni addotte per mantenere tutto il carico alle Provincie;

3. Che venga limitato l'obbligo del ricovero a spese provinciali ai soli mentecatti pericolosi a sè e agli altri o di pubblico scandalo, rimanendo esclusi gl'idioti, i cretini, i pellagrosi, gli epilettici e simili, che devono essere mantenuti, giusta le disposizioni vigenti, dalle Istituzioni di beneficenza o dai Comuni;

4. Che le spese pei mentecatti prosciolti da imputazione penale, in conformità di quanto venne ritenuto dalle diverse Corti, specie quelle di Torino e di Napoli, vadano a carico esclusivo dello Stato, non potendosi essi equiparare agli alienati comuni da ricoverarsi

Onorevole

Teramo, Tip. A. De Carolis

DEPUTAZIONE PROVINCIALE
DI
ROVIGO

N. 957

Risposta al foglio
190 N.

OGGETTO

Progetto di Legge sugli alienati e sui manicomi. —

Allegati N.

All'Onor. Presidente del Senato del Regno

Rovigo li 4 Marzo 1903.

Nella seduta del 27 febbraio p.p. questa Deputazione Provinciale, da molto tempo preoccupata dell'onere gravissimo che pesa sul bilancio della Provincia pel mantenimento degli alienati poveri, e del fatto che tale onere è in continuo e progressivo aumento non ostante ogni possibile provvedimento adottato nel fine di porre un argine al dilagare di tali spese; e convinta che la eccessiva misura di tale aggravio devesi imputare al dovere che dalla giurisprudenza si volle incombere alla Provincia di mantenere non soltanto i maniaci pericolosi a sè e agli altri, ma anche gli idioti, i pellagrosi, gli epilettici e i frenastenici; e al fatto che i Comuni esonerati dalla legge attuale da qualsiasi spesa per tale servizio, non solo non si prestano quando occorre con la necessaria cura e diligenza a fornire tutti gli elementi che sono necessari

ORDINE DEI MEDICI
DELLA
PROVINCIA DI PALERMO

Palermo il 9 Giugno 1903

SENATO DEL REGNO
Protocollo Generale N.
11 GIUGNO 1903

A. S. Il Presidente del Senato del Regno

ROMA

Ci pregiamo trasmettere alla E. V. il seguente voto che l'Assemblea dell'Ordine dei Medici ha approvato ad unanimità nella seduta di ieri:

" L'Assemblea dell'Ordine dei Medici della Provincia di " Palermo manda un saluto di solidarietà ed un augurio di vit- " toria al Prof.Eugenio Tanzi per la lotta intrapresa contro " un Consiglio di Amministrazione esorbitante ed incompetente;e " fa fervidi voti che la Camera dei Deputati modifichi radi- " calmente il progetto di legge sui Manicomi votato dal Senato, " dando ai Direttori quell'autorità che corrisponda alla respon- " sabilità che la legge loro attribuisce.
" Si riserba di promuovere un'agitazione tra gli Ordini dei " Medici del Regno,già prestabilita da questo Consiglio,per " l'indispensabile delimitazione dei poteri rispettivi fra le " Direzioni e le Amministrazioni ospedaliere. "

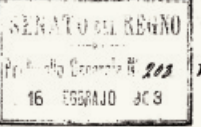
Con perfetta osservanza

IL PRESIDENTE
Tommasoli

IL SEGRETARIO
Massaro

Deputazione Provinciale di Treviso

al foglio N.° ____ del ____

N.° 457
Allegati N.°
Indicare nella risposta la data e il numero della presente. Trattare un solo oggetto.

Oggetto Disegno di legge sugli alienati ed i Manicomi

Treviso, li 14 Febbrajo 1903

All'Onor. Sig. PRESIDENTE
del Senato del Regno
ROMA

SENATO DEL REGNO
Protocollo Generale N. 203
16 FEBBRAJO 1903

La Deputazione Provinciale, in seduta del 12 corrente,:

- presa conoscenza del disegno di Legge sui Manicomi, presentato dal Ministro dell'Interno all'Onor. Senato del Regno, nella tornata 6 Dicembre 1902;

- considerato che un gravissimo onere finanziario verrebbe con quel disegno ad accollarsi alle Provincie, sanzionando la più larga interpretazione dell'obbligo loro imposto dalla Legge Comunale e Provinciale, di provvedere al ricovero dei mentecatti, ponendo a carico di esse le spese di custodia e di mantenimento, non solo dei folli pericolosi a sè ed agli altri, come nei precedenti disegni, ma anche degli idioti, pellagrosi, epilettici o squilibrati di mente, quantunque innocui, locchè, anche moderando le previsioni, verrebbe a raddoppiare l'onere già rilevantissimo che attualmente sopportano le Amministrazioni Pro-

All' Onor. Presidenza del Senato del Regno

Petizione

DELLA

Deputazione Provinciale di Como

in punto

Legge sui Manicomi e sugli alienati

COMO
PREMIATA TIPOGRAFIA PROVINCIALE OSTINELLI
DI
BERTOLINI NANI e C.
—
1903.

DEPUTAZIONE PROVINCIALE
DI CAGLIARI

N. di Protocollo 806

Riscontro al foglio
Divisione Sezione N.

OGGETTO

Progetto di legge
su i Manicomi.

Cagliari, 19 marzo 1903

SENATO DEL REGNO
Protocollo Generale N. 939 F. A.
21 MARZO 1903

Mi onoro di rimettere alla E. V. la deliberazione presa da questa Deputazione, colla quale si è associata alla petizione presentata al Senato dalla Deputazione provinciale di Torino intorno al progetto di legge su i Manicomi.

Con perfetta osservanza

Il Presidente
[firma]

A Sua Eccellenza
Il Presidente del Senato

ROMA

Messaggio
del Presidente del Senato
del Regno Giuseppe Saracco
attestante l'approvazione
del Disegno di legge
28 marzo 1903

Senato del Regno

LEGISLATURA XXI. SESSIONE II.

Il Presidente sottoscritto attesta che il Senato nella tornata del 28 marzo 1903 ha approvato il disegno di legge del tenore seguente:

Disposizioni sui Manicomi e sugli alienati.

Custodia e cura degli alienati.

Art. 1.

Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sè o agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorchè nei manicomi. Sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere.

Può essere consentita dal tribunale, sulla richiesta del procuratore del Re, la cura in una casa privata, e in tal caso la persona che le riceve e il medico che le cura assumono tutti gli obblighi imposti dal regolamento.

Il direttore di un manicomio può sotto la sua responsabilità autorizzare la cura di un alienato in una casa privata, ma deve darne immediatamente notizia al procuratore del Re e all'autorità di pubblica sicurezza.

Art. 2.

L'ammissione degli alienati nei manicomi deve essere chiesta dai parenti, tutori o protutori, e può esserlo da chiunque altro nello interesse degli infermi e della società.

Essa è autorizzata, in via provvisoria, dal pretore sulla presentazione di un certificato

— 2 —

medico e di un atto di notorietà, redatti in conformità delle norme stabilite dal regolamento, ed in via definitiva dal tribunale in camera di consiglio sull'istanza del pubblico ministero, in base alla relazione del direttore del manicomio e dopo un periodo di osservazione che non potrà eccedere in complesso un mese. Ogni manicomio dovrà avere un locale distinto e separato per accogliere i ricoverati in via provvisoria.

L'autorità locale di pubblica sicurezza può, in caso d'urgenza, ordinare il ricovero in via provvisoria, in base a certificato medico, ma è obbligata a riferirne entro tre giorni al procuratore del Re, trasmettendogli il cennato documento.

Tanto il pretore, quanto l'autorità locale di pubblica sicurezza, nei casi suindicati, debbono provvedere alla custodia provvisoria dei beni dell'alienato.

Con la stessa deliberazione dell'ammessione definitiva il Tribunale, ove ne sia il caso, nomina un amministratore provvisorio che abbia la rappresentanza legale degli alienati, secondo le norme dell'art. 330 del Codice civile, sino a che l'autorità giudiziaria abbia pronunziato sull'interdizione.

È loro applicabile l'art. 2120 del Codice civile.

Il procuratore del Re deve proporre al tribunale, per ciascun alienato, di cui sia autorizzata l'ammissione in un manicomio o la cura in una casa privata, i provvedimenti che convenisse adottare in conformità delle disposizioni contenute nel titolo X, libro I, del Codice civile.

Art. 3.

Il licenziamento dal Manicomio degli alienati guariti è autorizzato con decreto del Presidente del Tribunale sulla richiesta o del Direttore del Manicomio, o delle persone menzionate nel primo comma dell'articolo precedente o della Deputazione Provinciale.

Negli ultimi due casi dovrà essere sentito il direttore.

Sul reclamo degli interessati il Presidente potrà ordinare una perizia.

In ogni caso contro il decreto del Presidente è ammesso il reclamo al Tribunale.

Il direttore del manicomio può ordinare il licenziamento in via di prova, dell'alienato che abbia raggiunto un notevole grado di miglioramento e ne darà immediatamente comunica-

— 3 —

zione al procuratore del Re e all'autorità di pubblica sicurezza.

Art. 4.

Il direttore ha piena autorità sul servizio interno sanitario e l'alta sorveglianza su quello economico per tutto ciò che concerne il trattamento dei malati, ed è responsabile dell'andamento del manicomio e della esecuzione della presente legge nei limiti delle sue attribuzioni. Esercita pure il potere disciplinare nei limiti del seguente articolo.

Alle sedute della Deputazione provinciale o delle Commissioni e Consigli amministrativi, nelle quali debbansi trattare materie tecnico-sanitarie, il direttore del manicomio interverrà con voto consultivo.

Art. 5.

I regolamenti speciali di ciascun manicomio dovranno contenere le disposizioni d'indole mista sanitaria ed amministrativa, come quelle relative alle nomine del personale tecnico sanitario, al numero degli infermieri in proporzione degli infermi, agli orari di servizio e di libertà, ai provvedimenti disciplinari da attribuirsi secondo i casi alla competenza dell'amministrazione o del direttore, e ad altri provvedimenti dell'indole suindicata.

Detti regolamenti dovranno essere deliberati, sentito il direttore del manicomio, dall'Amministrazione Provinciale o dalla Commissione amministrativa, se trattisi d'Opera Pia, e saranno approvati dal Consiglio Superiore di Sanità con le forme e modi stabiliti dall'art. 198 della legge Comunale e Provinciale.

Competenza delle spese.

Art. 6.

Nulla è innovato alle disposizioni vigenti circa l'obbligo delle provincie di provvedere alle spese pel mantenimento degli alienati poveri.

La spesa pel trasporto di questi al manicomio è a carico dei comuni nei quali essi si trovano nel momento in cui l'alienazione mentale viene constatata; quella per ricondurli in famiglia è a carico della provincia a cui incombeva l'obbligo del mantenimento; quella pel trasferi-

— 4 —

mento da un manicomio all' altro a carico della provincia che l' ha ordinato.

Le spese di qualunque genere per gli alienati esteri sono a carico dello Stato, salvo gli effetti delle relative convenzioni internazionali.

Le spese per gli alienati condannati o giudicabili, ricoverati sia in manicomî giudiziari, sia in sezioni speciali di quelli comuni, sono a carico dello Stato, pei condannati fino al termine di espiazione della pena e pei giudicabili fino al giorno in cui l' autorità giudiziaria dichiari non farsi luogo a procedimento a carico di essi. Negli altri casi, compreso quello contemplato dall'art. 46 del Codice penale, la competenza della spesa è regolata dalle norme comuni.

Art. 7.

Le controversie relative alle spese per gli alienati nelle quali siano interessati lo Stato, o più provincie, o comuni o istituzioni di pubblica beneficenza che abbiano obbligo del mantenimento degli alienati, appartenenti a provincie diverse, sono di competenza della IV Sezione del Consiglio di Stato.

Tutte le altre controversie di tal natura sono di competenza della Giunta provinciale amministrativa in sede contenziosa.

Contro le decisioni della Giunta provinciale amministrativa è ammesso solo il ricorso alla IV Sezione ai termini dell' art. 24, n. 4 della legge 2 giugno 1889, n. 6166.

Vigilanza sui manicomi e sugli alienati.

Art. 8.

La vigilanza sui manicomi pubblici e privati e sugli alienati curati in casa privata è affidata al ministro dell' interno ed ai prefetti.

Essa è esercitata in ogni provincia da una Commissione composta del Prefetto, che la presiede, del medico provinciale e di un medico alienista nominato dal Ministro dell' interno.

Il ministro deve disporre ispezioni periodiche.

È applicabile ai manicomi pubblici e privati la disposizione dell' art. 35 della legge 22 dicembre 1888 sulla tutela dell' igiene e della sanità pubblica.

Le spese per le ispezioni ordinarie e straordinarie sono impostate nel bilancio del Ministero dell' interno, salvo rimborso dalle amministrazioni interessate, secondo le norme fissate dal regolamento, nel caso che siano constatate trasgressioni delle disposizioni contenute nella

— 5 —

presente legge e nel regolamento. Alle dette amministrazioni è fatto salvo il regresso contro gli amministratori e gl' impiegati responsabili delle trasgressioni.

Le controversie relative alla competenza di tali spese sono decise, anche nel merito, dalla IV sezione del Consiglio di Stato, in camera di consiglio.

Art. 9.

Nel caso di gravi trasgressioni della presente legge e del relativo regolamento il prefetto, senza pregiudizio delle sanzioni penali che fossero applicabili, può, sentito il Consiglio provinciale di sanità, al quale è per l'oggetto aggregato il medico alienista, di cui all' articolo precedente, sospendere o revocare l' autorizzazione di apertura e di esercizio pei manicomi privati.

Contro tale provvedimento è ammesso il ricorso al Ministro dell' Interno, il quale provvede sentito il Consiglio di Stato o il Consiglio superiore di sanità, a seconda dell' indole della controversia.

Pei manicomii pubblici si provvede in conformità della legge che regola l' ente, al quale appartengono.

Art. 10.

Le disposizioni degli articoli 98 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, e 124 del regolamento amministrativo 5 febbraio 1891, n. 99, sono applicabili a tutti i manicomii pubblici e privati.

Art. 11.

Dal giorno dell' attuazione della presente legge è abrogata ogni contraria disposizione generale o speciale vigente in materia.

È data facoltà al Governo del Re di provvedere all' ordinamento delle ispezioni periodiche a mezzo d' ispettori della pubblica beneficenza, e di determinare col regolamento, sentito il Consiglio di Stato e il Consiglio superiore di sanità, le norme per l' esecuzione della presente legge e le penalità per le contravvenzioni alla legge e al regolamento medesimo. Tali penalità non potranno estendersi oltre le 1000 lire, senza pregiudizio delle pene maggiori sancite dal Codice penale pei reati da esso previsti.

Atti parlamentari,
Camera dei deputati,
Discussioni,
seduta del 9 febbraio 1904,
intervento di Luigi Lucchini

Atti Parlamentari — 10531 — *Camera dei Deputati*

LEGISLATURA XXI — 2ª SESSIONE — DISCUSSIONI — TORNATA DEL 9 FEBBRAIO 1904

CCLXXVI

TORNATA DI MARTEDÌ 9 FEBBRAIO 1904

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **BIANCHERI.**

INDICE.

La seduta comincia alle ore 14.10

BRACCI, *segretario*. Dà lettura del processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

Petizioni.

BRACCI, *segretario*. Dà quindi lettura del seguente sunto di petizioni:

6366. Il Consiglio comunale di Grimaldi fa voti perchè venga prontamente costruito il tronco ferroviario Rogliano-Nocera.

6367. Caselli Agostino ed altri impiegati nelle biblioteche governative fanno istanza perchè sia prontamente discusso il disegno di legge per il nuovo organico del personale addetto alle biblioteche.

6368. Il Consiglio comunale di Roccamonfina fa voti per la conservazione del Collegio elettorale politico di Teano.

189

desti studi li abbia neppure avviati, mentre potrebbe darsi che essi mi siano rimasti ignoti nel gran mare delle molte cose del Ministero.

Se però mi fosse lecito di esprimere sino da ora il mio modo di vedere riguardo alla proposta dell'onorevole Fracassi, gli direi che credo un po' pericoloso di istituire delle truppe coloniali volontarie sull'esempio di quello che fanno altre potenze. Si tratta di una grossa questione, poichè non basta arruolare pochi volontari, ma bisogna pensare ai quadri di queste truppe e studiare la grave faccenda degli ingaggi. Ripeto, è argomento che vuole essere molto meditato.

Prendo tuttavia impegno di iniziarli, questi studi, ma non prometto neanche di portarli a compimento: non appena mi sarò chiarito circa l'opportunità di spingere a fondo, o meno, l'esame dell'argomento io ne darò conto all'onorevole Fracassi.

Frattanto, giacchè ho la facoltà di parlare e poichè fu ricordato quel che poco prima venne detto dall'onorevole Dal Verme, e che forse ha consigliato l'onorevole Fracassi a ripetere a me la raccomandazione già fatta al mio predecessore, che cioè l'impiego delle nostre truppe all'estero può tornare dannoso anche alla disciplina, io, non per oppormi ad una idea del mio vecchio amico onorevole Dal Verme, debbo esprimere quella che credo una assoluta verità. Le nostre truppe, tanto in Eritrea, quanto in Cina e specialmente a Candia, hanno, in confronto pure degli altri paesi ed anche dal punto di vista della disciplina, delle splendide pagine. Ciò risulta per confessione degli stessi comandanti i contingenti degli altri Stati.

L'onorevole mio collega ministro della marineria, di recente tornato dall'Estremo Oriente, passò un'ispezione alle truppe di terra colà stanziate (sono 457 uomini compresi gli ufficiali). Orbene, egli ha fatto un rapporto assai lusinghiero sulle condizioni di quelle truppe, anche e specialmente nei rispetti della disciplina. A Candia poi le nostre truppe sono un vero modello. E non aggiungo altro. (*Bene!*)

GUICCIARDINI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GUICCIARDINI. Ringrazio l'onorevole presidente del Consiglio delle assicurazioni che ha dato. Con le parole da me pronunciate non avevo chiesto discussioni, ma solamente assicurazioni. E poichè egli, fra le altre cose, ha assicurato che i nostri Libri Verdi, quando potranno essere pubblicati, dimostreranno a luce meridiana che nessuna delle questioni, nelle quali sono implicati gli interessi d'Italia, nell'ora che corre, è stata dimenticata dal Governo del Re, prendo atto delle dichiarazioni del presidente del Consiglio, aggiungendo l'augurio che ai buoni propositi corrispondano i fatti.

BISSOLATI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BISSOLATI. Ho chiesto di parlare per prendere atto di una parte delle dichiarazioni del presidente del Consiglio, perchè è bene che l'equivoco sia dissipato. La Giunta ha dato il suo parere favorevole al disegno di legge, soprattutto perchè ritenne che esso effettuasse il programma, che fu svolto dall'onorevole Prinetti. Caposaldo di quel programma era la protezione delle Missioni: le parole dell'onorevole presidente del Consiglio hanno dato di frego a questa parte di quel programma, ed io ne sono lietissimo. Non aggiungo altro.

PRESIDENTE. Non essendovi altre osservazioni, rileggo l'articolo unico del disegno di legge:

« *Articolo unico.*

« È autorizzata la spesa straordinaria di lire 5,416,000 per la spedizione militare in Cina, da assegnarsi per lire 1,285,000 al Ministero della guerra e per lire 4,131,000 al Ministero della marina, mediante la iscrizione delle rispettive quote in uno speciale capitolo, in ciascuno dei bilanci dei Ministeri predetti per l'esercizio finanziario 1903-904 ».

Si procederà domani alla votazione segreta di questo articolo unico.

Discussione del disegno di legge: Disposizioni sui manicomi e sugli alienati.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca: Discussione del disegno di legge « Disposizioni sui manicomi e sugli alienati ». Si dia lettura del disegno di legge.

CIRMENI, *segretario*, legge il disegno di legge. (Vedi *Stampato* n. 320).

PRESIDENTE. La discussione generale è aperta su questo disegno di legge. Prego l'onorevole ministro dell'interno di dichiarare, se consenta che la discussione si apra sul disegno della Commissione, o sul disegno del Governo.

GIOLITTI, *presidente del Consiglio, ministro dell'interno*. Prego la Camera di volere aprire la discussione sul disegno di legge, presentato dal Ministero. Si tratta di un disegno di legge, già approvato dall'altro ramo del Parlamento, e, per le ragioni, che dirò quando saremo agli articoli, io non posso accettare gli emendamenti, proposti dalla Commissione. Questi emendamenti li discuteremo, ma io prego la Camera di prendere, come testo per la discussione, il disegno di legge, approvato dall'altro ramo del Parlamento.

TORRIGIANI, *presidente della Commissione*. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

TORRIGIANI, *presidente della Commissione*. La maggioranza della Commissione condivide perfettamente il desiderio del Ministero che questo disegno di legge diventi al più presto legge dello Stato; quindi non ha alcuna ragione di opporsi a che la discussione si faccia sul disegno del Ministero. Però la maggioranza della Commissione ha accettato vari emendamenti, che, senza alterare il concetto fondamentale della legge, lo spiegano meglio, e ne rendono più facile l'esecuzione. Perciò, discutendosi il disegno di legge sul testo approvato dal Senato, la Commissione si riserva, caso per caso, di sostenere quegli emendamenti, che sono già stati così dottamente e diligentemente commentati nella relazione dal nostro egregio collega, onorevole Leonardo Bianchi.

BIANCHI LEONARDO, *relatore*. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BIANCHI LEONARDO, *relatore*. Le condizioni, nelle quali si svolse la discussione in seno alla Commissione, mi consentono di aderire perfettamente al desiderio dell'onorevole ministro dell'interno.

PRESIDENTE. Dunque la Commissione consente che la discussione si apra sul testo proposto dal Ministero, riservandosi di presentare quelle proposte, che crederà opportune come emendamenti al testo del Ministero.

È aperta dunque la discussione generale su questo disegno di legge.

Ha facoltà di parlare l'onorevole Luigi Lucchini.

LUCCHINI LUIGI. Il crescer incessante della pazzia è uno dei portati della civiltà. I popoli selvaggi non la conoscono affatto, sia perchè non conoscono le lotte, gli attriti, gli eccitamenti, e soprattutto i vizi della civiltà, tra i quali principalmente l'alcoolismo, sia perchè non hanno cura dei deboli, dei gracili, dei deficienti, che dànno il principale contingente alla pazzia, e di cui anzi cercano disfarsi.

Negli ultimi venticinque anni abbiamo veduto raddoppiarsi la popolazione dei nostri manicomi, da circa 20 mila a più di 40 mila; con questo di peggio che, siccome risulta da un'inchiesta fatta recentemente dal maestro in materia, dal professor Tamburini, tale popolazione eccede la capienza dei manicomi per oltre 4 mila.

Quali sono le cause di tale incremento? Certo non è che in realtà sia così straordinariamente cresciuto il numero dei pazzi, perchè altrimenti in un paio di secoli sarebbero più i pazzi che i savi. (*Si ride*).

Anzi, se dovessimo dar retta a certe dottrine, come quella del Maudsley, che considera la gran massa degli uomini costituita da una specie di zona intermedia, dove non risulta se sia più la saviezza o la pazzia, e l'altra che considera pazzi quasi tutti i delinquenti e folli anche gli uomini di genio, dovrebbe dirsi la saviezza esser un caso eccezionale; e non si saprebbe neppur se consolarsi o no di esser nell'eccezione.

Ma l'incremento dev'esser più apparente che reale, perchè molte specie di pazzia che non si accertavano prima, come l'epilessia, la nevrastenia, l'isterismo, sono di creazione tutta moderna, e vi è oggi una grande facilità nelle domande e proposte di ricovero, massime da parte delle Amministrazioni comunali. Infine, anche l'accertamento statistico è oggi più esatto e completo.

A ogni modo, è certo che un incremento grande vi è, e che quindi la questione del trattamento, e del ricovero dei pazzi, per sè stessa gravissima, diventa imponente per lo sterminato numero di infelici che si vanno racchiudendo nei manicomi.

L'importanza della materia è assai notevole sotto un triplice punto di vista: dei doveri di umanità e di assistenza sociale; della libertà individuale e dei diritti famigliari, e della pubblica sicurezza e incolumità. Sono doveri, cómpiti, e interessi di cui è agevole intender l'altissima importanza, che facilmente si trovano tra loro in conflitto e che perciò sollevano problemi di estrema gravità, delicatezza e difficoltà.

Poi vi sono due altri elementi che vengono ad accrescer la complessità della materia: le incertezze della diagnosi, della cura e della prognosi e l'importo ingente della spesa.

La scienza psichiatrica ha fatto immensi progressi nel passato secolo; e anche l'Italia vi ha dato un grande contributo. Anzi, come in tante altre cose, anche in questa è stata antesignana, con Chiarugi e altri eminenti uomini, della provvida rivoluzione avvenuta nei sistemi di cura e di custodia dei mentecatti. Ma è tutt'altro che pacifica la scienza in materia, e lo dicono le dispute ardentissime che si agitano ogni giorno nelle aule giudiziarie, dove si manifestano tesi e opinioni le più contraddittorie e le più arrischiate, al punto di rasentare l'assurdo.

Del resto, è bene che questi dibattiti avvengano: lasciate che per incidenza io lo dica; poichè ci son quelli che vorrebbero istituire una specie di giurì sulle questioni medico-legali. E questo sarebbe un disastro per la scienza e per la giustizia, che soprattutto hanno bisogno di luce e di verità, quali sorgono dall'attrito e dal contraddittorio; mentre invece un giurì tecnico non approderebbe che a quelle transazioni e a quei compromessi,

che, come in politica, così nella scienza, son funesti; senza dire che il magistrato giudicante, costretto a subire il sovrano responso peritale, ne rimarrebbe esautorato.

La spesa è anche un elemento che accresce e acuisce la gravità della questione. Si tratta infatti di una somma che rasenta i 20 milioni, per la gestione dei soli manicomi provinciali.

Il disegno di legge che ci sta dinanzi è dunque troppo grave e importante per non meritare che la Camera vi spenda attorno un esame coscienzioso e approfondito. Per i profani e guardato superficialmente, potrà sembrare d'un interesse meramente tecnico; ma è facile intendere come, invece, rivesta un carattere essenzialmente e principalmente giuridico e riguardi i più alti e intimi rapporti costituzionali, amministrativi e finanziari.

Della difficoltà di legiferare in materia ci dà prova poi il fatto che in venticinque anni si sono presentati ben dieci progetti di legge, illustrati da dotte relazioni e seguiti da notevoli discussioni nell'una e nell'altra Camera, senza però poter giunger mai in porto.

Quindi va data lode all'onorevole Giolitti, il quale ha preso con tanto amore e con tanto impegno a cuore questo problema, presentando e sostenendo il disegno di legge che ci sta innanzi, e che ebbe già l'onore del voto del Senato.

L'onorevole Giolitti ha creduto di poterne ottener più facilmente l'approvazione col semplificarne e ridurne grandemente le disposizioni, ristrette a quelle che egli chiama i «principî imperativi».

Io sono in parte del suo avviso. La nostra legislazione ha mestieri di seguire questo indirizzo. Poche e succinte disposizioni ci vogliono, le quali stabiliscano le basi, i cardini della materia, lasciando alle disposizioni di attuazione e ai regolamenti la cura dei dettagli, dei particolari di applicazione. Le nostre leggi sogliono esser troppo minute, farraginose e sovrabbondanti. Quindi non posso, ripeto, che approvare, in massima, il sistema prescelto, che è, credo, il più pratico e che ci assicura più fruttuosa la discussione e più sollecita l'approvazione del Parlamento.

Però anche in ciò deve esserci una misura, in quanto che non si rimandino ai regolamenti le disposizioni più essenziali in materia, che vogliono esser sancite soltanto dalla legge.

L'onorevole Giolitti, nella sua Relazione, spiega come abbia potuto omettere alquante disposizioni comprese negli schemi anteriori per ciò che alle medesime venne provveduto con leggi sopravvenute nel frattempo. Questo però non mi riesce di bene intendere, poichè nel frattempo, per esempio, dal 1890 in poi, si ebbero due o tre di tali progetti, che pur contenevano le disposizioni che mancano nell'attuale, mentre i codici e le leggi ai quali egli allude sono di data alquanto anteriore.

Tra l'altro si fa specialmente menzione della legge sanitaria, che in detta Relazione e nelle discussioni senatorie l'onorevole ministro più volte ha richiamato per giustificarsi di non aver dato alcuna norma intorno all'apertura e all'esercizio dei manicomi privati, che già nel disegno di legge non sono neppur bene e nettamente specificati e distinti, come si conviene, dai pubblici e che dovrebbero certamente essere regolati con norme determinate, precise e severe. L'onorevole Giolitti ha ripetutamente richiamata all'uopo la disposizione dell'articolo 35.

Ora l'articolo 35 della legge sanitaria non è che una disposizione molto generale, la quale stabilisce che chiunque voglia aprire ed esercitare un ospizio o una casa di salute debba chiedere il permesso al prefetto, sentito il medico provinciale, il quale può dare o non dare questo permesso. Il richiedente ha facoltà di ricorrere contro il decreto negativo dell'Autorità prefettizia al ministro dell'interno, che, sentito il Consiglio superiore di sanità, provvede in argomento. Questa è tutta la disposizione dell'articolo 35. Ma io domando, e non sono il primo a chiederlo: è mai possibile che in materia così delicata e così grave, qual'è quella dei manicomi, possa bastare la disposizione dell'articolo 35 della legge sanitaria? Come nelle legislazioni straniere, così nei progetti anteriori vi si provvedeva determinando i requisiti richiesti nel personale, le condizioni dei locali e le altre norme per cui queste case di salute rispondessero alle esigenze e della scienza e della civiltà e della sicurezza pubblica, di cui non è alcun cenno nell'articolo 35. Io comprendo che al legislatore possa far comodo riferirsi puramente e semplicemente all'articolo 35 della legge sanitaria, che, in mancanza di meglio, è indubbiamente qualche cosa. Ma, quando noi siamo a elaborare una legge che provvede alla materia dei manicomi e degli alienati, non è plausibile il ripiego e ritener sufficente una disposizione tanto vaga, generica e così poco appropriata al caso.

Io ho accennato ai manicomi privati, e qui siamo in presenza delle due correnti, una delle quali vorrebbe man mano esonerare le provincie dall'onere dei manicomi, che costituiscono ormai il principale cespite dell'azienda provinciale, mentre l'altra corrente tenderebbe a eliminare i manicomi privati, e a costituire nelle provincie tutto il servizio manicomiale. Si tratta appunto della provincializzazione dei manicomi, che farebbe riscontro alla municipalizzazione dei servizi pubblici, di cui l'onorevole Giolitti volle fare un primo esperimento con la legge di recente approvata. Ecco una questione che, in un modo o nel-

l'altro, dovrebbe essere risoluta, o almeno affrontata; e il disegno di legge che ci sta dinanzi, invece, è così lontano dal risolverla, che dei manicomi privati non fa menzione se non incidentalmente e nelle ultime sue disposizioni, tacendone affatto nelle più fondamentali.

L'articolo primo del disegno di legge approvato dal Senato dice che «debbono esser custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, ecc.»

In quali manicomi? Non si sa. La Commissione aveva aggiunto: «pubblici o privati». E mi pare che sarebbe strano impostare una legge specialissima, come la presente, lasciando in tanta indeterminatezza l'oggetto delle sue disposizioni.

Nè il disegno di legge dice una parola intorno ai requisiti e al modo di reclutamento del personale addetto ai manicomi. Noi abbiamo leggi apposite e minute che stabiliscono le condizioni d'idoneità e di nomina dei funzionari più modesti delle pubbliche Amministrazioni, per i maestri, per i segretari comunali, per gli uscieri. Niente si dispone invece per i preposti a istituti tanto importanti quali sono i manicomi, nessuna disposizione che regoli l'assunzione del personale addetto ai medesimi, dai quali dipendono provvedimenti e conseguenze tanto gravi e delicate per le franchigie individuali e per la pubblica incolumità.

Altra materia che pur rimane senza alcuna norma è quella della competenza della spesa. L'onorevole ministro, nella sua relazione, e una disposizione del progetto dicono semplicemente che a questa parte sarà provveduto in seguito con altra legge. Ma come, se la competenza della spesa è uno dei punti più controversi e contrastati, una delle questioni che più interessa risolvere per il buon governo dei manicomi, se è qui dove ferve maggiormente la disputa, se le provincie in varie circostanze e nei Congressi tenuti da esse e nei Congressi delle Opere pie hanno fatto e giustamente intender la confusione e le assurdità che regnano in argomento? Ebbene, il progetto di legge che provvede in materia non se ne occupa se non per dire: nulla è innovato. Ma è codesto che più importava determinare, nella somma incertezza e varietà di apprezzamenti, da un lato, di fronte alla deficienza delle leggi vigenti, e nell'evidente e crescente sovraccarico che incombe alle Amministrazioni provinciali, dall'altro lato!

In seno alla Commissione si era fatta la proposta di introdurre nel progetto una disposizione aggiuntiva, per cui il Governo sarebbe stato impegnato in termine prefisso a presentare un disegno di legge a tal uopo. Almeno in questo modo si avrebbe potuto ottenere a epoca fissa la risoluzione del problema. Ma nella Commissione c'era la parola d'ordine di non portare innovazioni al progetto del Senato, e questa proposta non passò.

Il Senato ha votato, è vero, un ordine del giorno in questo senso; ma a che pro? Sappiamo bene qual valore abbiano gli ordini del giorno e quale risultato debbano naturalmente aspettarsi. Gli ordini del giorno non sono leggi; e vi son troppe questioni in cui la Camera ha espresso la sua opinione con ripetuti ordini del giorno, senza cavar mai un ragno dal buco.

E veniamo alle disposizioni del progetto che son di carattere tanto equivoco e assurdo da non sembrar verosimile abbiano ottenuto il suffragio del Senato.

Dice l'articolo 1°: «Debbono esser custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando sieno pericolose a sè e agli altri o riescano di pubblico scandalo, e non siano e non possano esser convenientemente custodite e curate fuorchè nei manicomi».

Dunque, devono esser custodite nei manicomi le persone che non possono esser curate se non nei manicomi. Circolo più vizioso di questo non si potrebbe imaginare. Non emerge, infatti, alcun criterio, alcun concetto, alcuna ragione in base a cui si possa sapere e decidere quali saranno e quali non saranno i folli da ricoverare. Peggio ancora che se non si fosse detto: si metteranno dentro quelli che non si potranno lasciar fuori.

La vostra Commissione avea proposto una modificazione, la quale diceva, come voi avete potuto vedere: «debbono esser custodite nei manicomi le persone ecc. che non possono esser convenientemente custodite e curate nella propria famiglia». Così, nell'antitesi dei due termini, usciva netta la ragione della disposizione, il criterio informatore della medesima; non solo, ma ne scaturiva anche il concetto che è disconosciuto e trascurato nel disegno di legge.

D'altronde, non si può escludere, e non lo esclude neppure l'onorevole Ministro dell'interno nella sua Relazione, che si debbano ammettere, ove le circostanze lo consentano, la cura e la custodia domestiche. Questo è un diritto, che nessuno può disconoscere; poichè, se la famiglia offra tali condizioni da poter garantire una cura sufficiente del mentecatto, non v'è alcuna ragione di strapparlo alle pareti domestiche per metterlo in un manicomio, o pubblico o privato. Sarebbe anzi desiderabile che tutti i pazzi potessero esser guardati e curati dai propri congiunti, essendo questo il miglior modo di custodia non solo nel senso economico, ma anche nel senso clinico, morale e civile. La cura dei pazzi nel manicomio ha i suoi vantaggi per le agevolezze dell'assistenza e dei metodi curativi, ma presenta pure non lievi inconvenienti e pericoli nell'agglomeramento, nei contatti, nelle suggestioni e nel carattere coercitivo che v'è insito.

Il terzo capoverso, poi, dell'articolo dice: « Il direttore del manicomio può, sotto la sua responsabilità, autorizzare la cura di un alienato in una casa privata ». — E qui sorge la questione. Cosa è questa casa privata? È una casa di salute o è la famiglia? Non si può intender altro che una casa di salute diversa dal manicomio, ossia un manicomio privato; poichè tale autorizzazione non si dovrebbe poter dare che dal direttore di un manicomio pubblico. E quindi si avrebbe tutta la ragione di credere che nella prima parte dell'articolo, dove si parla di manicomi, altro non si sia inteso che manicomi pubblici: ciò che, d'altro canto, contribuirebbe ancora a disorientare i concetti e le disposizioni della legge e a far perder la testa sul loro significato. Ma, o siano veri e propri manicomi, codeste « case private », o altri ospizi di qualunque genere, o anche singole famiglie che accolgano singoli infermi, non saranno mai le famiglie proprie dei pazzi, per cui l'autorizzazione del direttore non avrebbe senso o equivarrebbe a una forma di pieno riconoscimento del diritto famigliare corrispondente.

Cosa vuol dire poi che il direttore del manicomio « può dare la detta autorizzazione *sotto la sua responsabilità*? » È un'altra frase abbastanza equivoca. Di quale responsabilità si parla? Non certo della penale, perchè non c'è sanzione e non ci può essere. E poi responsabilità di che? Delle forme e dell'esito della cura? E chi ne giudicherà?

Sembran proprie disposizioni e comminatorie senza senso comune. E allora, quando si tratta di farne l'applicazione, il magistrato o funzionario che deve provvedervi ha ragione di chiedersi: ma che diavolo ha voluto intendere il legislatore con disposizioni di questa specie?

Sotto la sua responsabilità. Responsabilità morale, diceva il relatore della nostra Commissione. Ma il relatore, se è un distintissimo psichiatra, non pare egualmente versato in cose giuridiche: non lo è certo quando parla di responsabilità morale come sanzione di una legge civile.

Articolo secondo: « L'ammissione degli alienati nei manicomi deve esser chiesta dai parenti, tutori o protutori, e può esserlo da chiunque altro, ecc. ecc. ».

Dunque i parenti, i tutori, i protutori debbono, *debbono* notate bene...

GIOLITTI, *presidente del Consiglio, ministro dell'interno*. Possono, possono.

LUCCHINI LUIGI. No, onorevole Presidente del Consiglio, legga bene; la Commissione direbbe *possono*, ma il progetto senatorio dice *devono*. Dunque i parenti debbono farsi denunziatori della infermità dei loro cari, di quella triste e dolorosa infermità, che vorrebbero dissimulare a loro stessi e di cui non rare volte è anche dubbia la sussistenza. Può darsi più cinica brutalità nella legge di codesta?

Ed ecco per altra via riconfermato il disconoscimento dell'inviolabilità del sacrario domestico, del diritto nella famiglia di curare e custodire i propri infermi, il figlio, il genitore, il coniuge. Ciò basterebbe per condannare un disegno di legge che viola tali sacrosante prerogative, che sono, prima che del cittadino, dell'uomo.

E ancora quanta equivocità e incompletezza di espressione nelle poche parole della stessa disposizione! Il detto obbligo è fatto ai *parenti*. Ma chi sono codesti *parenti*? Sfogliate pure il codice civile, e non vi troverete che un significato molto generico e sconfinato della espressione; così che l'obbligo suaccennato colpirebbe anche il più lontano e dimenticato congiunto. All'opposto, non vi si comprende il coniuge.

E poi, qui pure, dov'è la sanzione per il *parente*, che non adempie l'obbligo?

La Commissione invece avea suggerito un emendamento, consistente nel sostituire la facoltà all'obbligo. Ma l'onorevole Ministro ha detto che non valeva la pena per questa sottigliezza di rimandare un'altra volta il disegno di legge dinanzi al Senato. Importa far presto, anche se si fa male.

L'onorevole relatore dice che si tratta di un obbligo morale. Ed eccoci quindi alla seconda delle responsablità senza sanzione, o delle sanzioni espresse per via di obblighi morali. Queste non son leggi serie, onorevole relatore! La legge, come dice l'onorevole presidente del Consiglio, deve consistere negli « imperativi », nei soli imperativi, ma imperativi concreti e giuridici. Ora, che razza di imperativi son questi? (*Si ride*). Responsabilità morali e doveri senza sanzione!

Però il disegno di legge provvede, o almeno crede di provvedere, a una delle maggiori garanzie che si possano escogitare per la tutela della libertà individuale, subordinando al provvedimento dell'Autorità giudiziaria il ricovero nel manicomio di qualsiasi alienato.

Nessuno può esser chiuso in un manicomio senza il decreto del Tribunale in Camera di consiglio.

Ora, permettete che io, quantunque magistrato, manifesti i miei dubbi intorno alla serietà e all'efficacia di questa garanzia.

Già lo si è detto da più parti, fra gli altri dal primo presidente della Corte di cassazione di Francia, che l'Autorità giudiziaria in questa materia non ha e non può aver competenza. Che volete poi che faccia il Tribunale in Camera di consiglio? Volete che chiami personalmente al suo cospetto ogni denunziato, per vedere se è pazzo o no? E quando lo facesse, come e con quali criterii potrebbe venirne a capo con vera scienza

e coscienza? Il magistrato in genere si troverebbe in grande imbarazzo, e non potrebbe, di regola, che deferire completamente all'avviso dell'uomo tecnico.

Chiamare poi a giudicarne il Tribunale in Camera di consiglio, mi pare che non abbia senso: perchè esso, costituito in collegio, non avrebbe modo di apprezzare e di emettere un giudizio coscienzioso, tale da presentare una vera e propria garanzia, o finirebbe tanto più facilmente, e tanto peggio, ad acconciarsi al parere del freniatra.

Piuttosto del Tribunale in Camera di consiglio, in ogni caso, gioverebbe rimettersene al presidente, che più liberamente e con senso di responsabilità personale potrebbe meglio vagliare almeno i casi più gravi e più appariscenti.

Si dirà che abbiamo il precedente della Toscana; mentre in nessun altro paese d'Europa si fa altrettanto. Ma appunto il precedente della Toscana deporrebbe in senso contrario, poichè, come avvertiva il senatore Municchi in Senato, vi è un numero proporzionalmente doppio di ricoverati nei manicomi toscani che non in quelli delle altre provincie del Regno: ciò che dunque fa intender come nemmeno l'intervento dell'Autorità giudiziaria costituisca un ritegno all'ammissione dei folli nei manicomi.

Volete un'altra prova che l'Autorità giudiziaria non suol esser freno in atti che esorbitano dalle sue vere e proprie attribuzioni? L'avete nell'applicazione dei provvedimenti di polizia, siano essi ordinari, siano straordinari. Sappiamo tutti qual vantaggio n'abbiano avuto i cittadini deferiti al pretore o al presidente del Tribunale per l'ammonizione. E così, in altra analoga materia, è nota la prodigalità che si usa fare dei decreti di ammissione al ricovero dei minorenni per correzione paterna.

Ma vi è un'altra ragione per cui si dovrebbe astenersi da questa attribuzione normale (badate che dico *normale*) all'Autorità giudiziaria per l'ammissione nei manicomi; ed è l'intento di non affidare ai magistrati facoltà che possono ingenerare sentimenti poco benevoli e simpatici verso di loro nelle masse. Poichè ogni potestà che si aggiunga, massime se d'indole discrezionale, produce facilmente l'effetto di suscitare sospetti, diffidenze, di diminuire, nel magistrato, l'autorità, il prestigio, che invece dev'esser conservato alto, indiscusso e indiscutibile, quale soltanto può assicurarsi restringendone le funzioni a quelle soltanto che gli son proprie e consentanee, di giudicar cause e di pronunziar sentenze e di esercitare quel potere di giurisdizione in cui veramente si esplica il sovrano e nobile suo ministero.

Con ciò non intendo di escludere assolutamente l'intervento del magistrato in materia; ma penso che si dovrebbe riserbarlo solamente nei casi di contestazione e di reclamo. In questi casi i magistrati potranno giudicare, e per farlo procederanno a quelle indagini e a quelle ricerche che li porranno in grado di emettere un illuminato giudizio, e non per fare, come sarebbero chiamati col disegno di legge, la parte di semplici bollatori e controllori meccanici, in Camera di consiglio.

Chiamato normalmente a legittimare inappellabilmente il ricovero, l'intervento del magistrato non rappresenta un presidio, una tutela, ma un pericolo, un'insidia, ottenendosi di coprire con la sua sanzione incosciente l'abuso e forse la frode, e di renderne quindi assai più difficile la scoperta e l'incriminazione.

Da notarsi poi la sconcordanza, che, trattandosi del licenziamento dei ricoverati, giusta l'articolo 3, non sia più il Tribunale che provvede, ma il presidente di esso, come se il provvedimento non toccasse gli stessi beni e gli stessi interessi individuali, famigliari e sociali. Ed è troppo elementare il canone che chi abbia la potestà di chiudere debba avere pur quella di aprire.

Dal magistrato dipende il licenziamento definitivo. Ma il direttore del manicomio ha facoltà di licenziare provvisoriamente un ricoverato. Or fin quando dura e quali effetti produce il licenziamento provvisorio? Il disegno di legge non dice nulla. Ossia, vuol dire che il licenziamento provvisorio è a tempo indefinito. Quindi il licenziato provvisoriamente rimane a tempo indeterminato sotto la potestà del direttore del manicomio, che potrà naturalmente revocare il suo provvedimento e far rinchiudere ancora, quando che sia, il disgraziato, nel suo manicomio. Vi potete mai figurare nulla di più arbitrario e di più mostruoso? La vostra Commissione avea proposto di vincolare almeno le disposizioni d'attuazione della legge a stabilire le norme e quindi anche il termine, secondo cui il licenziamento provvisorio dovesse diventare definitivo. Ma all'onorevole presidente del Consiglio codeste sembran sottigliezze, che non meritano l'attenzione della Camera.

Il presente disegno di legge, che io mi sappia, non ebbe il plauso che di una sola classe di persone, quella dei signori freniatri. Eppure, si tratta di una legge che ha un discreto interesse anche dal punto di vista giuridico e politico.

Da parte mia ho già riconosciuto i grandi meriti della scienza psichiatrica e i ragguardevoli progressi che essa ha fatto in questi ultimi tempi, ed ebbi già a rilevare come in essa anche l'Italia conti eminenti campioni. Ma ciò non giustifica, mi pare, che si debba fare una legge a loro uso e consumo, attribuendo ai medesimi, e particolarmente nel governo dei manicomi, un potere sconfinato e quasi dispotico. Oltre che, come abbiam veduto, l'intervento del magi-

Atti Parlamentari — 10556 — Camera dei Deputati

LEGISLATURA XXI — 2ª SESSIONE — DISCUSSIONI — TORNATA DEL 9 FEBBRAIO 1904

strato, tanto nelle ammissioni, quanto, e più, nei licenziamenti, si ridurrebbe a una lustra, tutto l'andamento del manicomio, non solo dal punto di vista medico, della cura, dell'igiene, della tecnica psichiatrica e dell'alimentazione, ma anche da quello economico, amministrativo, disciplinare, sarebbe, come già lo è adesso, nelle mani, su per giù, di una sola persona, ossia dell'alienista, unico e assoluto direttore dell'istituto. Questo a me sembra, ed è sempre sembrato, eccessivo, pericoloso e non rare volte funesto.

Già l'esperienza, anche in parecchi dolorosi e recentissimi casi, con gli scandali ancor vivi e palpitanti di Venezia e di Firenze, a tacer d'altro, dimostra che non ho tutto il torto di pensarla così. E d'altronde è troppo ovvio che una sola persona possa bastare a tante incombenze e possedere tante doti, cognizioni e attitudini per adempiere a sì svariati e spesso fra di loro incompatibili uffici.

Penso adunque che sarebbe assai più ragionevole e più conveniente istituire due diverse e distinte direzioni: una tecnica, medica, psichiatrica, e l'altra economica e amministrativa; come del resto propongono anche alcune Deputazioni provinciali. Si dice: è impossibile combinare insieme due direzioni, che sarebbero fra loro in antagonismo, in conflitto, e da cui non potrebbe derivare quella unità d'azione, che in istituti di questa specie è necessaria. Io mi permetto di mettervi sotto gli occhi un esempio, che è luminoso, e che parmi dimostri come l'obiezione non abbia fondamento di verità.

In Italia abbiamo — ed è un'altra istituzione *ex lege*, di cui il progetto non fa menzione che incidentalmente, mentre nei progetti anteriori era congruamente disciplinata — abbiamo i così detti manicomi giudiziari. Ebbene, questi manicomi sono precisamente diretti da due diversi e distinti direttori, l'uno per la parte tecnica, l'altro per la parte amministrativa. Son già venticinque anni che funzionano, e non si è verificato alcun inconveniente, e nessuno ebbe mai a ridire, e tutto procede di bene in meglio. Vedete, io conosco personalmente uno di questi manicomi, quello dell'Ambrogiana a Montelupo presso Firenze, ed ebbi campo di toccar con mano gli ottimi risultati della duplice direzione. Niente antagonismo, niente conflitti, ma invece quello scambievole ed efficace controllo e quella rispettiva e vicendevole limitazione di attribuzioni che ne assicura il più zelante e coscienzioso disimpegno. Se non erro, gli attuali due direttori sono in carica da una quindicina di anni.

Quindi viene la Commissione di vigilanza dei manicomi, di cui si occupa l'articolo 8; ed essa è composta del prefetto, del medico provinciale, e di un medico alienista, nominato dal ministro dell'interno. Come vedete, è una Commissione, in cui entrano due medici. Una Commissione così composta, sarà molto comoda per sistemare un altro alienista, ma non mi pare possa corrispondere al concetto, cui s'ispira il disegno di legge, di fondare le garanzie giuridiche sull'intervento del potere giudiziario. O perchè non includervi almeno il procuratore del Re? L'onorevole relatore cita come esempio l'organizzazione inglese, dove, in luogo dell'Autorità giudiziaria, quando non vi sia di mezzo l'interdizione, funzionano i *lunacy Commissioners*, e dice che di essi son cinque medici e cinque giuristi. Adagio: il corpo è di quindici membri; e quindi gli uomini tecnici vi entrano per un terzo; mentre fra noi vi entrerebbero per due terzi.

Riserbandomi adunque di fare agli articoli qualche altra osservazione, io conchiudo che, pur approvando i concetti fondamentali e più l'ispirazione generale di questo disegno di legge, nel modo però con cui esso è formolato, per le deficienze evidenti che ho notato, per le molte disposizioni equivoche, incoerenti, ibride di cui è intessuto, per la scarsa e inadeguata tutela che esso appresta alla libertà individuale e anche alla pubblica incolumità, per l'esorbitante potestà attribuita ai tecnici, per tutte queste ragioni, sarò dolente di non potergli dare il mio voto. E se la maggioranza della Camera sarà del mio avviso, avremo ritardato, è vero, la sanzione di una legge tanto urgente, ma avremo impedito il peggior danno di veder regolata una materia di sì alta e delicata importanza da una cattiva legge. (*Approvazioni*).

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare l'onorevole Gatti.

Voci. A domani! a domani!

GATTI. Onorevole presidente, pregherei di consentirmi di rimettere a domani il mio discorso.

PRESIDENTE. Allora il seguito della discussione è rimesso a domani.

Presentazione di relazioni.

PRESIDENTE. Invito l'onorevole Mel a recarsi alla tribuna per presentare una relazione.

MEL. Mi onoro di presentare alla Camera la relazione sulla domanda di autorizzazione a procedere contro l'onorevole De Felice-Giuffrida per tre reati di diffamazione e di ingiuria.

PRESIDENTE. Questa relazione sarà stampata e distribuita. Invito l'onorevole Podestà a recarsi alla tribuna per presentare una relazione.

PODESTÀ. Mi onoro di presentare alla Camera, a nome del collega Cuzzi, la relazione sul disegno di legge: Modificazione della circo-

214

Archivio storico del Senato della Repubblica,
Disegno di legge *Assistenza psichiatrica e sanità mentale*,
Legislatura IV, 1963-1968, Atto Senato n. 2422

Decreto del Presidente della Repubblica di autorizzazione alla presentazione alle Camere del Disegno di legge
Roma, 14 settembre 1967

Visto l'articolo 87 della Costituzione;

Sentito il Consiglio dei Ministri;

Sulla proposta del Ministro per la sanità, di concerto con i Ministri per l'interno, per il tesoro, per il bilancio, per la grazia e la giustizia, per il lavoro e la previdenza sociale e per la pubblica istruzione;

DECRETA :

E' autorizzata la presentazione alle Camere del disegno di legge per l'assistenza psichiatrica e la sanità mentale.

Dato a ROMA Addì 14 SETTEMBRE 1967

PER IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA
IL PRESIDENTE DEL SENATO

Lettera di assegnazione
e lettera di trasmissione
del Disegno di legge n. 2422
del Presidente del Senato
della Repubblica Cesare
Merzagora al presidente della XI
Commissione permanente
Giuseppe Alberti
Roma, 13 ottobre 1967

SENATO DELLA REPUBBLICA

Roma, lì 13 ottobre 1967

Onorevole Collega,

ho preso in attenta considerazione la richiesta unanime formulata dalla 1^ Commissione permanente tendente ad avere assegnato in sede primaria o, in via subordinata, in sede congiunta con la 11^ Commissione permanente il d.d.l. n. 2422 già deferito in sede redigente a quest'ultima Commissione, con i pareri della 1^, 2^, 5^ e 10^ Commissione.

Ho altresì valutato attentamente il contrario avviso espresso dalla 11^ Commissione permanente nei confronti di tale richiesta e della sua subordinata.

Dal riesame del merito del provvedimento ho tratto il convincimento che non vi siano ragioni per un trasferimento di esso alla competenza primaria della 1^ Commissione permanente. Il disegno di legge peraltro contiene numerose ed importanti norme che configurano compiti ed oneri degli enti locali o disciplinano funzioni amministrative e legislative delle regioni, talché essendo il disegno di legge in sede redigente e non potendo per conseguenza l'Assemblea contribuire alla redazione degli articoli, mi sembra opportuno che la 1^ Commissione sia chiamata a collaborare per la sua specifica competenza al riguardo alla elaborazione del provvedimento. Ritengo perciò di dover accogliere la richiesta subordinata avanzata dalla 1^ Commissione deferendo il provvedimento in sede redigente alle Commissioni riunite 1^ e 11^ con il parere delle Commissioni 2^ e 5^.

Con i saluti più cordiali,

^^^^^^^^^^^^^^^^^^^

Onorevole
Sen. Prof. Giuseppe ALBERTI
Presidente della 11^ Commissione permanente
del Senato della Repubblica
- R O M A -

Lettera di 34 senatori
al Presidente del Senato
della Repubblica Ennio Zelioli
Lanzini per richiedere che
il Disegno di legge n. 2422,
già assegnato alle Commissioni
riunite I (Affari della Presidenza
del Consiglio e dell'Interno)
e XI (Igiene e sanità),
sia discusso e votato in Assemblea
Roma, 14 dicembre 1967

SENATO DELLA REPUBBLICA

Roma, 14 dicembre 1967

On.le Presidente
SENATO DELLA REPUBBLICA
S e d e

I sottoscritti senatori, a sensi dell'ultimo capoverso dell'articolo 26/bis, chiedono che il disegno di legge n.2422 "Assistenza psichiatrica e sanità mentale" assegnato in sede redigente alla 1^ e all'11^ Commissione, venga rimesso all'Assemblea per l'esame ed approvazione secondo la procedura normale.

Lea Alcidi Rezza - Eugenio Artom- Edoardo Battaglia -
Giorgio Bergamasco- Umberto Bonaldi- Giacomo Bosso-
Francesco Cataldo- Alfonso Chiariello- Ugo D'Andrea-
Giovanni D'Errico - [illegible] Bruno [illegible]
Michelangelo Nicoletti- Vincenzo Palumbo- Enoch Peserico
Cesare Rotta- Giuseppe Rovere- Vincenzo M.Trimarchi- Enzo Veronesi

SENATO DELLA REPUBBLICA

1. Alcidi Rezza Lea
2. Bergamasco
3. Cataldo
4. D'Errico
5. Nicoletti
6. Rotta
7. Artom
8. Bonaldi
9. Chiariello
10. Palumbo
11. Rovere
12. Battaglia
13. Bosso
14. D'Andrea
15. Massobrio
16. Peserico
17. Trimarchi
18. Veronesi
19. Nencioni
20. Franza
21. Latanza
22. Picardo
23. Pinna
24. Pace
25. Maggio
26. Turchi
27. Lessona
28. Cremisini
29. Crollalanza
30. Ponte
31. Basile
32. Grimaldi
33. Perretti
34. Gray

Messaggio del Presidente del Senato della Repubblica Ennio Zelioli Lanzini al presidente della Camera dei deputati Brunetto Bucciarelli Ducci con il quale si trasmette il Disegno di legge *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica* (2422-bis), stralciato dal Disegno di legge n. 2422
1° marzo 1968

SENATO DELLA REPUBBLICA

PRESIDENZA

N. 498

Roma, - 1 MAR 1968

Oggetto: Disegno di legge n. 2422-bis.

Trasmetto alla S.V. l'unito disegno di legge, approvato dalle Commissioni permanenti riunite 1ª (Affari della Presidenza del Consiglio e dell'Interno) e 11ª (Igiene e sanità) del Senato della Repubblica il 28 febbraio 1968.-

IL PRESIDENTE

F.to: Zelioli Lanzini

Al Presidente della Camera dei Deputati

ROMA

VI-1967 - 500

Messaggio attestante l'approvazione del Disegno di legge *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica* (Senato 2422-bis) da parte delle Commissioni permanenti riunite del Senato I (Affari della Presidenza del Consiglio e dell'Interno) e XI (Igiene e sanità) 28 febbraio 1968

SENATO DELLA REPUBBLICA

Attesto che le Commissioni riunite – 1ª (Affari della Presidenza del Consiglio e dell'Interno) e 11ª (Igiene e sanità) – nella seduta del 28 febbraio 1968, hanno approvato il seguente disegno di legge:

Provvidenze per l'assistenza psichiatrica

Art. 1.

(*Struttura interna dell'ospedale psichiatrico*)

Gli ospedali psichiatrici dipendenti dalla provincia e da altri enti pubblici devono essere costituiti da due a cinque divisioni, ciascuna delle quali con non più di 125 posti-letto.

Art. 2.

(*Personale dell'ospedale*)

Ogni ospedale psichiatrico deve avere un direttore psichiatra, un medico igienista, uno psicologo e per ogni divisione un primario, un aiuto ed almeno un assistente.

L'ospedale deve inoltre avere il personale idoneo per una assistenza sanitaria, specializzata e sociale.

Tale personale è assunto per pubblico concorso.

Dovrà essere in ogni caso assicurato il rapporto di un infermiere per ogni tre posti-letto e di una assistente sanitaria o sociale per ogni cento posti letto.

Fino a quando non verrà diversamente disposto continueranno ad avere vigore le norme che disciplinano lo stato giuridico, il trattamento economico, di previdenza, assistenza e quiescenza del personale dipendente dagli ospedali psichiatrici delle province e degli altri enti pubblici.

I regolamenti speciali per ciascun ospedale psichiatrico dovranno contenere le disposizioni di indole mista sanitaria ed amministrativa relative alle nomine del personale, salvo che sia diversamente stabilito da vigenti norme, agli orari di servizio, alle sanzioni disciplinari e ad altri provvedimenti dell'indole suindicata.

2422-bis

2

Art. 3.

(*Personale dei centri di igiene mentale*)

I centri o servizi di igiene mentale istituiti dalle province, ove non dipendano dal direttore dell'ospedale psichiatrico, devono essere diretti da un direttore psichiatra. Al centro ed ai servizi da esso dipendenti sono assegnati, di regola, almeno un pedo-psichiatra ed un psicologo, medici psichiatri, assistenti sociali, assistenti sanitarie, personale infermieristico ed ausiliario.

Art. 4.

(*Ammissione volontaria e dimissioni*)

L'ammissione in ospedale psichiatrico può avvenire volontariamente, su richiesta del malato, per accertamento diagnostico e cura, su autorizzazione del medico di guardia. In tali casi non si applicano le norme vigenti per le ammissioni, la degenza e le dimissioni dei ricoverati di autorità.

La dimissione di persone affette da disturbi psichici ricoverate di autorità, ai sensi delle vigenti disposizioni, negli ospedali psichiatrici è comunicata all'autorità di pubblica sicurezza, ad eccezione dei casi nei quali il ricovero di autorità sia stato trasformato in volontario. Tale comunicazione ha carattere assolutamente riservato e non può formare oggetto di notizia, salva la facoltà di darne informazioni, in via egualmente riservata, ad altre autorità dello Stato che ne facciano richiesta esclusivamente a fini di istituto.

Art. 5.

(*Concorso dello Stato nelle spese degli Enti pubblici per l'assistenza psichiatrica e delle province*)

Lo Stato concorre ai maggiori oneri derivanti alle province e agli enti da cui dipendano ospedali psichiatrici, per l'assunzione delle nuove unità di medici, psicologi, infermieri, assistenti sanitarie visitatrici ed assistenti sociali ai sensi del precedente articolo 2 e per l'assunzione di personale indicato nell'articolo 3 nonchè per i miglioramenti economici ai medici attualmente in servizio nei limiti dei seguenti stanziamenti da iscriversi nello stato di previsione del Ministero della sanità:

lire 8.000 milioni per l'anno 1968;
lire 12.000 milioni per l'anno 1969;
lire 16.000 milioni per l'anno 1970;
lire 23.394 milioni per l'anno 1971 e successivi.

L'assunzione del personale occorrente per raggiungere i minimi richiesti dall'articolo 2 e per soddisfare altre esigenze di personale di cui all'articolo 3 nei limiti ritenuti necessari, dovrà avvenire gradualmente in relazione alle somme stanziate nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

Il Ministro della sanità, con propri decreti, di concerto con il Ministro dell'interno limitatamente ai centri o servizi di igiene mentale e agli ospedali psichiatrici dipendenti dalle province, autorizzerà annualmente per ciascuna provincia o altro ente pubblico da cui dipendano ospedali psichiatrici il numero delle nuove unità di personale da assumere e le relative spese.

Ai fini del concorso dello Stato previsto dal presente articolo, si tiene conto:

a) per il personale di nuova assunzione, degli stipendi e delle altre indennità a carattere continuativo comunemente corrisposte, nelle misure stabilite dal comma seguente escluse le indennità per lavoro straordinario;

b) per il personale medico in servizio alla data dell'entrata in vigore della presente legge, della differenza fra gli stipendi tipo e le indennità stabilite a norma del comma seguente ed il trattamento economico in godimento alla stessa data.

Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'interno e del tesoro, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, saranno stabiliti, sentite le organizzazioni sindacali di categoria per i miglioramenti dei medici, gli stipendi tipo per ciascuna cate-

goria di personale e le voci e le misure delle indennità di cui alla lettera *a*) del precedente comma.

L'erogazione dei fondi è condizionata alla prova dell'effettiva assunzione del personale e alla corresponsione dei miglioramenti economici ai medici.

All'onere derivante dall'applicazione del primo comma del presente articolo per l'anno finanziario 1968 si fa fronte mediante riduzione del fondo iscritto nella parte corrente dello stato di previsione del Ministero del tesoro destinato al finanziamento dei provvedimenti legislativi in corso per l'esercizio medesimo.

Il Ministro del tesoro è autorizzato a provvedere, con propri decreti, alle occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 6.

(*Contributi a province*)

Il Ministro della sanità è autorizzato a concedere, sui fondi stanziati con il precedente articolo 5, contributi a quelle province che, non disponendo di ospedale psichiatrico proprio ed avvalendosi, in base a regolari convenzioni, di istituti ospedalieri eretti in ente morale e non aventi finalità di lucro, provvedano a migliorare l'assistenza ai malati di mente secondo i criteri della presente legge.

Art. 7.

(*Rimborsi*)

I medici provinciali sono autorizzati a corrispondere le somme dovute alle amministrazioni provinciali per gli ospedali da esse gestiti e agli enti pubblici da cui dipendano ospedali psichiatrici ai sensi del precedente articolo con ordinativi tratti su aperture di credito che il Ministero della sanità potrà emettere entro il limite che non superi l'importo di lire 300 milioni per ciascuna apertura di credito, in deroga al disposto di cui all'articolo 56 del regio decreto 18 novembre 1923, n. 2440, modificato dalla legge 2 marzo 1963, n. 386.

Le amministrazioni degli enti indicati nel precedente comma devono allegare all'istanza di rimborso i seguenti atti:

a) provvedimento del Ministero della sanità con il quale sono stati determinati il numero del personale da assumere e l'ammontare delle spese gravanti sul bilancio dello Stato;

b) provvedimenti da cui risultino l'effettiva assunzione del personale e la corresponsione degli stipendi e delle indennità ammesse al rimborso.

Art. 8.

(*Contributi per le attrezzature tecnico-sanitarie*)

A valere sulle disponibilità del fondo nazionale ospedaliero di cui all'articolo 33 della legge sugli enti ospedalieri e sulla assistenza ospedaliera, il Ministero della sanità può concedere contributi e sussidi agli ospedali psichiatrici dipendenti dalle province e da altri enti pubblici, per il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie degli ospedali e dei servizi di igiene mentale, per il miglioramento e adeguamento di esse nei casi in cui la quota della retta di degenza stabilita ai sensi delle vigenti disposizioni non riesca a coprire le spese occorrenti, osservando le norme dell'articolo 5 della legge 26 giugno 1965, n. 717.

Art. 9.

(*Garanzia per l'assunzione dei mutui*)

La Cassa depositi e prestiti e gli enti ed istituti pubblici autorizzati a concedere mutui garantiti da delegazioni ai comuni e alle province possono concedere mutui anche agli enti pubblici da cui dipendano ospedali psichiatrici per la costruzione di nuovi ospedali, l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento degli ospedali esistenti, nonchè per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto.

Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro del tesoro, sa-

ranno definite le modalità relative al conferimento delle delegazioni.

Gli enti di previdenza sono autorizzati, nei limiti del 10 per cento delle disponibilità investibili in beni patrimoniali, a concedere mutui agli enti da cui dipendano ospedali psichiatrici.

Art. 10.

(*Finanziamento per le costruzioni ed attrezzature ospedaliere psichiatriche*)

Fino a quando non saranno istituite le Regioni a statuto ordinario, il Ministro dei lavori pubblici, di concerto con il Ministro della sanità, concede alle province e agli enti da cui dipendano ospedali psichiatrici i contributi previsti dalla legge 3 agosto 1949, n. 589, dalla legge 30 maggio 1965, n. 574 e dalla vigente legge sui contributi per le costruzioni ospedaliere e per l'estensione della legge 30 maggio 1965, n. 574, alle cliniche universitarie, nei limiti da queste stabiliti.

Art. 11.

(*Abrogazione*)

È abrogato l'articolo 604 n. 2 del codice di procedura penale per quanto attiene all'obbligo dell'annotazione dei provvedimenti di ricovero degli infermi di malattie mentali e della revoca di essi nel casellario giudiziario.

NORMA TRANSITORIA

Art. 12.

Le Amministrazioni pubbliche da cui dipendono attualmente ospedali psichiatrici, per quanto concerne il numero delle divisioni, provvederanno ad adeguarsi ai limiti fissati dall'articolo 1 entro il termine di cinque anni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Bozza della relazione del senatore Aristide Sellitti sul Disegno di legge *Assistenza psichiatrica e sanità mentale* (Senato n. 2422-A)

URGE Comporre due 2422-A

SENATO DELLA REPUBBLICA

relatore Sellitti

R E L A Z I O N E

sul disegno di legge: "Assistenza psichiatrica e sanità mentale" (2422).

= °=°=°=° =

Onorevoli Colleghi, Senatori, –

Prima di iniziare l'esame dei singoli capitoli che compongono il disegno di legge n.2422, d'iniziativa governativa presentato dal Ministro della Sanità, Onorevole Mariotti, "Assistenza psichiatrica e sanità mentale" credo opportuno ricordare i vari e molteplici tentativi fatti negli anni addietro dal parlamento per dare una legge al paese che disciplinasse l'arduo compito dell'assistenza ai malati di mente. Ricordiamo nell'arco di tempo che va dal 1887 al 1891 i tentativi di Nicotera, Crispi, De Pretis De Rudinì, Pelloux, tutti inutili per le difformi interpretazioni amministrative e sanitarie che si contrapponevano in una miriade di orientamenti diversi.

Bisogna arrivare così al 1904 per assistere al varo dei disegno di legge n.36 che suona così: "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati". Fu il Ministro di allora, Giolitti, che con la sua volontà e capacità riuscì a poter portare a compimento il faticoso iter della legge con la quale, anche con i suoi difetti, diceva Augusto Tamburini, finalmente manicomi ed alienati hanno fra noi norme legislative regolatrici. Essa legge entrata in vigore nel 1909 in seguito all'approvazione del regolamento del 16 agosto 1909 fu in definitiva una buona legge.

SENATO DELLA REPUBBLICA

2)

Ma gli studi e le ricerche appassionate degli studiosi di psichiatria nei primi lustri del secolo facevano sì che palese era fin d'allora l'enorme contraddizione tra i dettami della legge e l'avanzato progredire della ricerca scientifica. Diceva Leonardo Bianchi nel 1925 "tutto incute la convinzione che la legge debba essere modificata nel senso della libera ammissione dei malati di mente negli ospedali psichiatrici" cioè il Bianchi metteva in luce la necessità di ricevero non soltanto dei malati di mente pericolosi o per motivo di pubblico scandalo bensì il ricovero preventivo e curativo della malattia; il tentativo di recupero, attraverso un ricovero volontario e non coatto, di quelle forme patologiche di neuropsichiatria che potevano e dovevano, con opportuna e specifica terapia, restituire l'ammalato alla società.

Vediamo, infatti, che nel 3° decennio in Inghilterra, Germania, Svizzera si aprono ospedali psichiatrici nei quali venivano accolti ammalati non più segnalati all'Autorità giudiziaria o di polizia e che trovavano in essi la possibilità di recupero alla vita sociale.

Nel nostro Paese tale legge che risale al 1904 non trovò, come d'altronde era da aspettarsi nel ventennio fascista, alcuna possibilità di essere modificata. Bisogna arrivare al 1951 per vedere un disegno di legge d'iniziativa del parlamentare Ceravolo che nuovamente portava d'innanzi al Parlamento e al Paese la necessità inderogabile di un esame e di un riassetto ed ammodernamento delle disposizioni legislative in materia. Tale disegno di legge suonava così "Sugli ospedali psichiatrici e per la cura e profilassi delle malattie mentali". Appare subito al Legislatore evidente la differenza tra i due disegni di legge, quello del 1904 e la proposta dell'On.le Ceravolo; cioè per la

- 17 -

ASSISTENTI SOCIALI E SANITARI

1° anno	170	nuove unità
2° "	115	" "
3° "	120	" "
4° anno	295	" "

INFERMIERI

1° anno	2250	nuove unità
2° "	1600	" "
3°-	1575	" "
4° "	2975	" "

Per i servizi e centri di igiene mentale :

1° anno	Medici	95	assistenti	193,	infermieri	163
2° anno	"	69	"	112	"	11
3° "	"	70	"	115	"	113
4° "	"	126	"	210	"	213

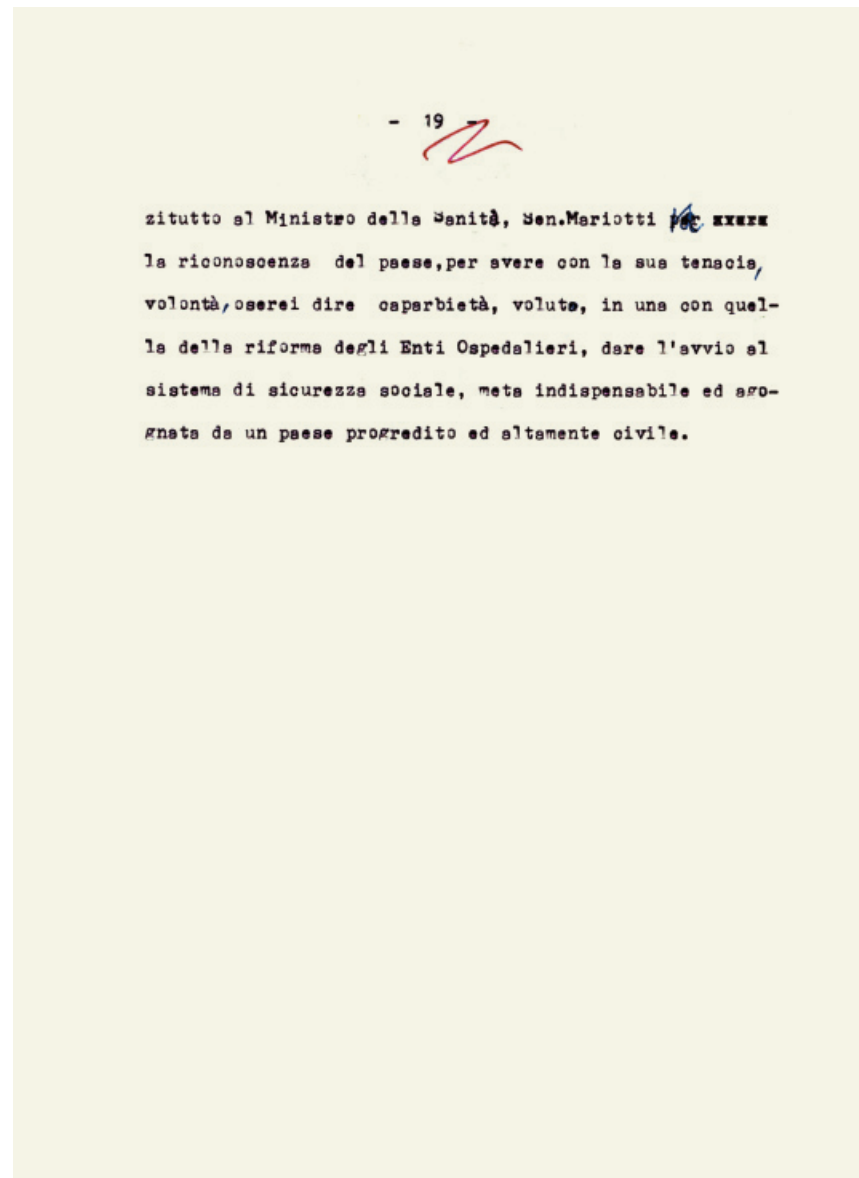
Nella legge a fianco al Consiglio di Amministrazione è previsto quello dei sanitari che, a somiglianza di quanto avviene negli ospedali ordinari, dà il suo contributo di competenza tecnico scientifica. E' lasciato al direttore sanitario l'assoluta discrezionalità nel disporre le dimissioni dell'ammalato ed è prevista la tutela giurisdizionale del paziente per cui è permesso a lui ed ai familia-

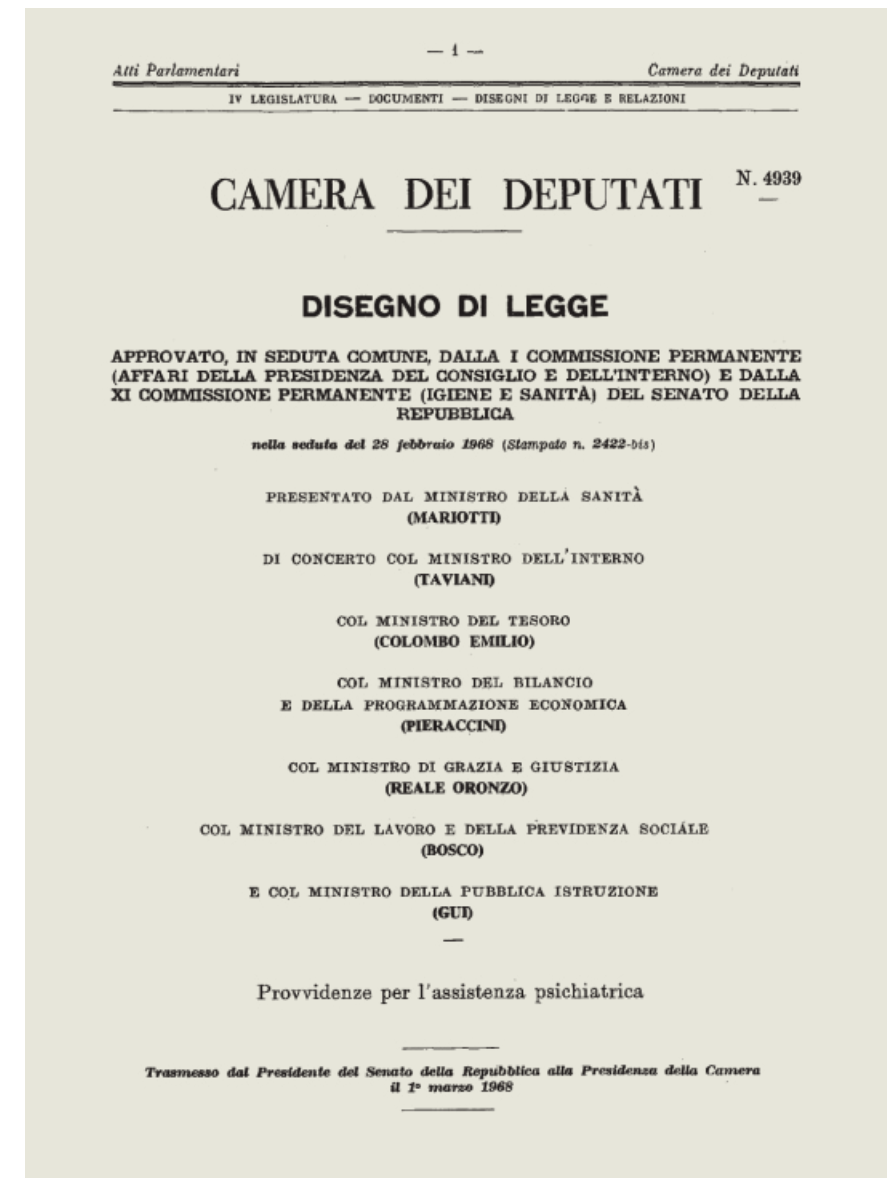
- 18 -

ri oltre che alle Autorità il diritto di ricorsi in Tribunale contro il provvedimento di ricovero obbligatorio e contro provvedimento di negata dimissione o di trasferimento mediante un procedimento rapido e senza spese. Le case di cure private (art.43) dovranno attenersi al regolamento ed alle disposizioni emanate in questo disegno di legge. Dovranno avere un direttore sanitario responsabile; le convenzioni con Enti Mutualistici dovranno essere approvate dal Medico Provinciale dopo che quest'ultimo abbia accertato che la Casa di Cura richiedente abbia requisiti igienico sanitari previsto dalla legge. Così pure i progetti relativi all'ammodernamento ed ampliamento di nuova costruzione di case di cure private dovranno essere approvate dalle Autorità Provinciali, cioè dal Medico Provinciale.

On.li Colleghi, il relatore dà il suo incondizionato ~~ed entusiasta parere positivo~~ giudizio favorevole a tale disegno di legge perchè esso investe e risolve un problema secolare che ha come attore sofferente il malato di mente, il cittadino che per una calamità psico fisico è avulso dalla vita sociale e che chiede di essere reinserito nel ciclo familiare ed economico sociale; alla umana comprensione ed alla società che ha questo sacrosanto dovere per potere assurgere ad un livello altamente civile. Al Governo di Centro Sinistra, ai partiti della maggioranza, alle forze democratiche rappresentati in parlamento e innan-

\- 19 -

zitutto al Ministro della Sanità, Sen.Mariotti va la riconoscenza del paese,per avere con la sua tenacia, volontà, oserei dire caparbietà, voluta, in una con quella della riforma degli Enti Ospedalieri, dare l'avvio al sistema di sicurezza sociale, meta indispensabile ed agognata da un paese progredito ed altamente civile.

Camera dei deputati,
Disegno di legge *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*, n. 4939,
Legislatura IV, 1963-1968,
1 marzo 1968

— 1 —

Atti Parlamentari *Camera dei Deputati*

IV LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 4939

DISEGNO DI LEGGE

APPROVATO, IN SEDUTA COMUNE, DALLA I COMMISSIONE PERMANENTE (AFFARI DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO E DELL'INTERNO) E DALLA XI COMMISSIONE PERMANENTE (IGIENE E SANITÀ) DEL SENATO DELLA REPUBBLICA

nella seduta del 28 febbraio 1968 (*Stampato n.* **2422**-*bis*)

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SANITÀ
(MARIOTTI)

DI CONCERTO COL MINISTRO DELL'INTERNO
(TAVIANI)

COL MINISTRO DEL TESORO
(COLOMBO EMILIO)

COL MINISTRO DEL BILANCIO
E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA
(PIERACCINI)

COL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA
(REALE ORONZO)

COL MINISTRO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE
(BOSCO)

E COL MINISTRO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE
(GUI)

—

Provvidenze per l'assistenza psichiatrica

Trasmesso dal Presidente del Senato della Repubblica alla Presidenza della Camera il 1° marzo 1968

DISEGNO DI LEGGE

ART. 1.

(*Struttura interna dell'ospedale psichiatrico*)

Gli ospedali psichiatrici dipendenti dalla provincia e da altri enti pubblici devono essere costituiti da due a cinque divisioni, ciascuna delle quali con non più di 125 posti-letto.

ART. 2.

(*Personale dell'ospedale*)

Ogni ospedale psichiatrico deve avere un direttore psichiatra, un medico igienista, uno psicologo e per ogni divisione un primario, un aiuto ed almeno un assistente.

L'ospedale deve inoltre avere il personale idoneo per una assistenza sanitaria, specializzata e sociale.

Tale personale è assunto per pubblico concorso.

Dovrà essere in ogni caso assicurato il rapporto di un infermiere per ogni tre posti-letto e di una assistente sanitaria o sociale per ogni cento posti letto.

Fino a quando non verrà diversamente disposto continueranno ad avere vigore le norme che disciplinano lo stato giuridico, il trattamento economico, di previdenza, assistenza e quiescenza del personale dipendente dagli ospedali psichiatrici delle province e degli altri enti pubblici.

I regolamenti speciali per ciascun ospedale psichiatrico dovranno contenere le disposizioni di indole mista sanitaria ed amministrativa relative alle nomine del personale, salvo che sia diversamente stabilito da vigenti norme, agli orari di servizio, alle sanzioni disciplinari e ad altri provvedimenti dell'indole suindicata.

ART. 3.

(*Personale dei centri di igiene mentale*)

I centri o servizi di igiene mentale istituiti dalle province, ove non dipendano dal direttore dell'ospedale psichiatrico, devono essere diretti da un direttore psichiatra. Al centro ed ai servizi da esso dipendenti sono assegnati, di regola, almeno un pedo-psichiatra ed un psicologo, medici psichiatri, assistenti sociali, assistenti sanitarie, personale infermieristico ed ausiliario.

ART. 4.

(*Ammissione volontaria e dimissioni*)

L'ammissione in ospedale psichiatrico può avvenire volontariamente, su richiesta del malato, per accertamento diagnostico e cura, su autorizzazione del medico di guardia. In tali casi non si applicano le norme vigenti per le ammissioni, la degenza e le dimissioni dei ricoverati di autorità.

La dimissione di persone affette da disturbi psichici ricoverate di autorità, ai sensi delle vigenti disposizioni, negli ospedali psichiatrici è comunicata all'autorità di pubblica sicurezza, ad eccezione dei casi nei quali il ricovero di autorità sia stato trasformato in volontario. Tale comunicazione ha carattere assolutamente riservato e non può formare oggetto di notizia, salva la facoltà di darne informazioni, in via egualmente riservata, ad altre autorità dello Stato che ne facciano richiesta esclusivamente a fini di istituto.

ART. 5.

(*Concorso dello Stato nelle spese degli Enti pubblici per l'assistenza psichiatrica e delle province*)

Lo Stato concorre ai maggiori oneri derivanti alle province e agli enti da cui dipendano ospedali psichiatrici, per l'assunzione delle nuove unità di medici, psicologi, infermieri, assistenti sanitarie visitatrici ed assistenti sociali ai sensi del precedente articolo 2 e per l'assunzione di personale indicato nell'articolo 3 nonché per i miglioramenti economici ai medici attualmente in servizio nei limiti dei seguenti stanziamenti da iscriversi nello stato di previsione del Ministero della sanità:

lire 8.000 milioni per l'anno 1968;
lire 12.000 milioni per l'anno 1969;
lire 16.000 milioni per l'anno 1970;
lire 23.394 milioni per l'anno 1971 e successivi.

L'assunzione del personale occorrente per raggiungere i minimi richiesti dall'articolo 2 e per soddisfare altre esigenze di personale di cui all'articolo 3 nei limiti ritenuti necessari, dovrà avvenire gradualmente in relazione alle somme stanziate nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

Il Ministro della sanità, con propri decreti, di concerto con il Ministro dell'interno limitatamente ai centri o servizi di igiene mentale e agli ospedali psichiatrici dipendenti

dalle province, autorizzerà annualmente per ciascuna provincia o altro ente pubblico da cui dipendano ospedali psichiatrici il numero delle nuove unità di personale da assumere e le relative spese.

Ai fini del concorso dello Stato previsto dal presente articolo, si tiene conto:

a) per il personale di nuova assunzione, degli stipendi e delle altre indennità a carattere continuativo comunemente corrisposte, nelle misure stabilite dal comma seguente escluse le indennità per lavoro straordinario;

b) per il personale medico in servizio alla data dell'entrata in vigore della presente legge, della differenza fra gli stipendi tipo e le indennità stabilite a norma del comma seguente ed il trattamento economico in godimento alla stessa data.

Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'interno e del tesoro, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, saranno stabiliti, sentite le organizzazioni sindacali di categoria per i miglioramenti dei medici, gli stipendi tipo per ciascuna categoria di personale e le voci e le misure delle indennità di cui alla lettera *a*) del precedente comma.

L'erogazione dei fondi è condizionata alla prova dell'effettiva assunzione del personale e alla corresponsione dei miglioramenti economici ai medici.

All'onere derivante dall'applicazione del primo comma del presente articolo per l'anno finanziario 1968 si fa fronte mediante riduzione del fondo iscritto nella parte corrente dello stato di previsione del Ministero del tesoro destinato al finanziamento dei provvedimenti legislativi in corso per l'esercizio medesimo.

Il Ministro del tesoro è autorizzato a provvedere, con propri decreti, alle occorrenti variazioni di bilancio.

ART. 6.

(*Contributi a province*)

Il Ministro della sanità è autorizzato a concedere, sui fondi stanziati con il precedente articolo 5, contributi a quelle province che, non disponendo di ospedale psichiatrico proprio ed avvalendosi, in base a regolari convenzioni, di istituti ospedalieri eretti in ente morale e non aventi finalità di lucro, provvedano a migliorare l'assistenza ai malati di mente secondo i criteri della presente legge.

ART. 7.

(*Rimborsi*)

I medici provinciali sono autorizzati a corrispondere le somme dovute alle amministrazioni provinciali per gli ospedali da esse gestiti e agli enti pubblici da cui dipendano ospedali psichiatrici ai sensi del precedente articolo con ordinativi tratti su aperture di credito che il Ministero della sanità potrà emettere entro il limite che non superi l'importo di lire 300 milioni per ciascuna apertura di credito, in deroga al disposto di cui all'articolo 56 del regio decreto 18 novembre 1923, n. 2440, modificato dalla legge 2 marzo 1963, n. 386.

Le amministrazioni degli enti indicati nel precedente comma devono allegare all'istanza di rimborso i seguenti atti:

a) provvedimento del Ministero della sanità con il quale sono stati determinati il numero del personale da assumere e l'ammontare delle spese gravanti sul bilancio dello Stato;

b) provvedimenti da cui risultino l'effettiva assunzione del personale e la corresponsione degli stipendi e delle indennità ammesse al rimborso.

ART. 8.

(*Contributi per le attrezzature tecnico-sanitarie*)

A valere sulle disponibilità del fondo nazionale ospedaliero di cui all'articolo 33 della legge sugli enti ospedalieri e sulla assistenza ospedaliera, il Ministero della sanità può concedere contributi e sussidi agli ospedali psichiatrici dipendenti dalle province e da altri enti pubblici, per il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie degli ospedali e dei servizi di igiene mentale, per il miglioramento e adeguamento di esse nei casi in cui la quota della retta di degenza stabilita ai sensi delle vigenti disposizioni non riesca a coprire le spese occorrenti, osservando le norme dell'articolo 5 della legge 26 giugno 1965, n. 717.

ART. 9.

(*Garanzia per l'assunzione dei mutui*)

La Cassa depositi e prestiti e gli enti ed istituti pubblici autorizzati a concedere mutui garantiti da delegazioni ai comuni e alle province possono concedere mutui anche agli enti pubblici da cui dipendano ospedali

psichiatrici per la costruzione di nuovi ospedali, l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento degli ospedali esistenti, nonché per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto.

Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro del tesoro, saranno definite le modalità relative al conferimento delle delegazioni.

Gli enti di previdenza sono autorizzati, nei limiti del 10 per cento delle disponibilità investibili in beni patrimoniali, a concedere mutui agli enti da cui dipendano ospedali psichiatrici.

ART. 10.

(*Finanziamento per le costruzioni ed attrezzature ospedaliere psichiatriche*)

Fino a quando non saranno istituite le Regioni a statuto ordinario, il Ministro dei lavori pubblici, di concerto con il Ministro della sanità, concede alle province e agli enti da cui dipendano ospedali psichiatrici i contributi previsti dalla legge 3 agosto 1949, n. 589, dalla legge 30 maggio 1965, n. 574 e dalla vigente legge sui contributi per le costruzioni ospedaliere e per l'estensione della legge 30 maggio 1965, n. 574, alle cliniche universitarie, nei limiti da queste stabiliti.

ART. 11.

(*Abrogazione*)

È abrogato l'articolo 604, n. 2, del codice di procedura penale per quanto attiene all'obbligo dell'annotazione dei provvedimenti di ricovero degli infermi di malattie mentali e della revoca di essi nel casellario giudiziario.

NORMA TRANSITORIA

ART. 12.

Le Amministrazioni pubbliche da cui dipendono attualmente ospedali psichiatrici, per quanto concerne il numero delle divisioni, provvederanno ad adeguarsi ai limiti fissati dall'articolo 1 entro il termine di cinque anni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Camera dei deputati,
Proposta di legge
Riforma dei servizi per la salute mentale,
Legislatura VI, 1972-1976,
21 febbraio 1975

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3501

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

MARIOTTI, FERRI MARIO, SERVADEI, GIOVANARDI, STRAZZI, MORO DINO, FRASCA

Presentata il 21 febbraio 1975

—

Riforma dei servizi per la salute mentale

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Il settore psichiatrico, nel nostro paese, è stato per oltre un cinquantennio fermo alla legge 14 febbraio 1904, n. 36, ispirata al concetto della pericolosità sociale del soggetto affetto da disturbi mentali. I progressi realizzati dalla scienza e dalla tecnica avevano reso improcrastinabile una profonda riforma nel settore con conseguente aggiornamento della normativa vigente. Ma occorre arrivare al 1968, perché il Parlamento, sul finire della legislatura, approvi la legge 18 marzo 1968, n. 431, che segna una tappa importante e significativa nella storia della psichiatria italiana.

La legge, che rappresenta uno stralcio da un disegno organico relativo all'intero settore dell'assistenza psichiatrica, presentato dall'allora Ministro della sanità, pur non toccando l'assetto giuridico-istituzionale degli organismi erogatori dell'assistenza, introduce profonde innovazioni nel settore per quanto attiene alla struttura interna dell'ospedale, alla dotazione organica del personale, alle modalità procedimentali per l'ammissione volontaria e dimissione dei ricoverati, all'intervento finanziario dello Stato, al trattamento economico del personale, all'abrogazione della normativa relativa all'obbligo (vero e proprio marchio lesivo del rispetto della personalità e dignità umana) dell'annotazione dei provvedimenti di ricovero degli infermi di malattia mentale nel casellario giudiziario. La successiva legge 21 giugno 1971, n. 515, non ha toccato i profili strutturali dell'assistenza. Il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4, nel trasferire le funzioni statali in materia di assistenza psichiatrica ed igiene mentale, sembra conservare con il disposto dell'articolo 5 le competenze della provincia nel settore psichiatrico.

Sembra appena il caso di notare che il decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386, non si occupa del problema dell'assistenza psichiatrica.

È giunto, quindi, il momento di adottare, in attesa dell'approvazione della legge di riforma sanitaria, urgenti provvedimenti, che realizzino una completa tutela della salute mentale ed affidino la gestione com-

Camera dei deputati,
Disegno di legge
Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori
(Legge Basaglia),
Legislatura VII, 1976-1979,
19 aprile 1978

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 2130

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
(ANDREOTTI)

DI CONCERTO COL MINISTRO DELL'INTERNO
(COSSIGA)

COL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA
(BONIFACIO)

E COL MINISTRO DELLA SANITÀ
(ANSELMI TINA)

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Seduta del 19 aprile 1978

ONOREVOLI COLLEGHI! — La dichiarazione programmatica del Governo fa riferimento all'accordo intervenuto tra le forze politiche, che compongono la maggioranza parlamentare, per la presentazione di disegno di legge sostitutivo delle norme vigenti in materia di trattamenti sanitari obbligatori, compresi quelli psichiatrici.

Il Governo aveva già da tempo avvertito questa esigenza. Il disegno di legge istitutivo del servizio sanitario nazionale, presentato al Parlamento il 16 marzo 1977, contiene al riguardo una delega al Governo per disciplinare compiutamente la materia. Va aggiunto che anche la grande maggioranza delle forze politiche, culturali e sociali del paese è concorde nel ritenere la necessità di una nuova disciplina della materia che, per quanto concerne in particolare le malattie mentali, prenda il posto della legge 14 febbraio 1904, n. 36,

fatta oggetto, tra l'altro, di *referendum* abrogativo.

Detta legge, infatti, accanto a finalità di ordine terapeutico, dispone misure di sicurezza volte ad evitare « la pericolosità a sé e agli altri » dei malati di mente e il « pubblico scandalo ».

Essa si fonda su una particolare concezione dei malati di mente, considerati come « alienati », cioè come persone la cui mente è diversa, (cioè « aliena ») rispetto a quella dei sani.

Alla base di tale atteggiamento stanno una scarsa conoscenza della natura della malattia mentale e la sopravvivenza di pregiudizi e di paure irrazionali, retaggio di epoche passate, che hanno determinato sovente reazioni espulsive, largamente eccedenti le pur comprensibili necessità di una difesa sociale.

Non può essere dimenticato che sino alla fine del 1700 il malato mentale con note di pericolosità è stato considerato piuttosto un individuo dannoso e irrecuperabile da rinchiudere in carcere che un ammalato da curare. Nell'800, invece, sotto l'influsso di una cultura positivistica che ha dato della malattia mentale una interpretazione in termini rigidamente biologici, con scarsa considerazione per i fattori sociologici, psicologici e culturali, gli ammalati di mente sono stati considerati come pazienti da esaminare e da trattare in appositi ambienti ospedalieri, idonei a consentire indagini e terapie biologiche.

La perdurante convinzione dell'inguaribilità e della pericolosità, ritenute presenti nella maggior parte di questo tipo di ammalati, largamente condivisa dalla pubblica opinione e dai legislatori dell'epoca, unita alla richiesta di appositi spazi di cura avanzata dalla scienza medica di ispirazione positivistica, hanno trovato risposta, da parte dei pubblici poteri, nell'istituzione degli ospedali psichiatrici, affidati per ragioni di finanziamento ad un ente territoriale quale la provincia.

La legge del 1904 rispecchia questa duplice esigenza: organizzare da un lato le apposite strutture ospedaliere invocate dalla cultura medica dell'epoca, e farne al tempo stesso il luogo di attuazione delle misure restrittive, basate sul giudizio di disvalore implicito nel concetto di pericolosità, di alienità e di scandalo pubblico, attribuite *de facto* e aprioristicamente ai malati di mente.

La presenza di questa seconda finalità, la difesa della società dalla potenziale violenza dei devianti sociali, attraverso misure restrittive della libertà, spiega l'intervento dell'autorità giudiziaria e delle forze di polizia come modalità ordinaria dei ricoveri in ospedale psichiatrico.

Ben diversa è, invece, l'impostazione data a questi problemi dalla Costituzione. L'articolo 32 statuisce che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Aggiunge, poi, che nessuno può essere obbligato a un dato trattamento sanitario se non per disposizione di legge e che la legge, da parte sua, non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

L'interesse, in questa nuova impostazione costituzionale, è squisitamente sanitario.

È la tutela della salute che viene assunta come compito diretto dello Stato e non solo la funzione di polizia sanitaria.

Sono i diritti dei singoli cittadini che vengono tutelati con la riserva di legge per i trattamenti obbligatori e non solo l'interesse della collettività « contro » la pericolosità di singoli suoi componenti.

È il rispetto della persona umana che assurge a termini di verifica e a limite insuperabile per la elaborazione legislativa e questo rispetto è dovuto in tutti i casi di trattamento sanitario obbligatorio, quindi anche nei confronti degli ammalati di mente, senza più discriminazione di sorta.

La norma dell'articolo 32 integra e sviluppa, con riferimento alla materia dei trattamenti sanitari obbligatori, i princìpi fondamentali di libertà e di eguaglianza contenuti negli articoli 2 e 3 della Costituzione.

Ma anche da un punto di vista scientifico l'impostazione odierna è diversa rispetto a quella d'ispirazione positivistica di inizio secolo. Le concezioni della psichiatrica dinamica e della psicoanalisi, l'ac-

cresciuta potenzialità terapeutica degli psicofarmaci e l'esito positivo di molte nuove metodiche di cura consentono oggi di capovolgere la prognosi di molte malattie mentali e, comunque, di ridurre drasticamente nel tempo e nell'entità le autentiche manifestazioni di pericolosità.

Tutto ciò è servito a dimostrare che la malattia mentale è una malattia non diversa dalle altre, abbisognevole al pari delle comuni affezioni di misure preventive, di diagnosi precoci, di cure intensive in determinati e circoscritti periodi di tempo, e di cure estensive nel restante, prevalente periodo di trattamento terapeutico.

Questi mutamenti scientifici, culturali e operativi, hanno messo in crisi l'adeguatezza funzionale dell'istituzione psichiatrica rispetto ai nuovi compiti che la scienza medica si è data; alla loro luce divengono inaccettabili la costrizione emarginante che il ricovero in istituto psichiatrico comporta e l'influenza nociva che la connessa desocializzazione esercita sui ricoverati.

In questo mutato contesto di riferimenti legislativi e politici, scientifici e sociali, va riaffrontato il problema dei trattamenti sanitari obbligatori.

È la strada che è stata seguita dal Governo nell'elaborare la delega prevista dall'articolo 48 del proprio disegno di legge n. 1252 ed è anche quella che ha portato alla stesura degli articoli 30 e 54 del testo unificato elaborato dalla Commissione sanità della Camera.

In particolare nei testi ricordati vengono affermati i seguenti princìpi:

il fine da perseguire è il soddisfacimento di un'esigenza propriamente sanitaria e cioè la tutela della salute dei cittadini bisognosi di un dato trattamento sanitario obbligatorio, per motivi che riguardano, anzitutto, il loro stato di salute e solo in via riflessa l'interesse collettivo (rischi di epidemie, ecc.);

l'organo da investire del potere di decidere questi trattamenti sanitari obbligatori deve, per conseguenza, essere un organo sanitario e non giudiziario, e cioè, al momento, il sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria. Analogamente i poteri organizzatori e legislativi sono da attribuire all'istituzione che provvede di regola in materia sanitaria e cioè alla regione;

la malattia mentale è una normale malattia, senza distinzioni e senza tutele differenziali, che non siano quelle suggerite in sede tecnica dalla scienza medica, da praticare comunque nel contesto della normale rete dei servizi e dei presidi territoriali, ambulatoriali e ospedalieri;

può esistere per la malattia mentale, come per altre malattie, la necessità di trattamenti obbligatori, dovuti ad una carente o errata coscienza di sé e dei rapporti con l'esterno e, quindi, all'impossibilità di partecipare volontariamente e consapevolmente ad un progetto di cura. Tuttavia, l'attuazione dei trattamenti obbligatori deve essere accompagnata da ogni possibile iniziativa per promuovere al più presto il consenso e la partecipazione del paziente al trattamento sanitario e da un complesso di garanzie sanitarie, amministrative e giurisdizionali per evitare qualsiasi abuso;

l'introduzione di questi nuovi princìpi deve essere accompagnata dalla effettiva istituzione di adeguati servizi territoriali e dalla riorganizzazione dei presidi ambulatoriali e ospedalieri, con l'utilizzazione e la riqualificazione del personale addetto alle istituzioni psichiatriche, pena la vanificazione di fatto di ogni intendimento riformatore;

non si può evitare, per conseguenza, un periodo transitorio connesso a tempi tecnici occorrenti per l'attivazione dei servizi extraospedalieri e per la riorganizzazione di quelli di ricovero degli ospedali generali, durante il quale le istituzioni psichiatriche continueranno ad operare, sia pure nella prospettiva della loro progressiva estinzione.

In una logica diversa si è mossa l'iniziativa dei promotori del *referendum* abrogativo della legge 14 febbraio 1904, n. 36.

L'iniziativa appare inessenziale se riferita ai princìpi e agli orientamenti sopra descritti sia perché essi erano già stati acquisiti nel disegno di legge governativo

all'epoca della richiesta di *referendum*, sia perché la necessità del superamento della legge del 1904 risulta chiaramente condivisa dal Governo e dalla maggioranza delle forze politiche.

Riferita, invece, ai contenuti del *referendum* abrogativo e alle conseguenze che ne potrebbero discendere in caso di votazione favorevole, l'iniziativa appare preoccupante per il vuoto normativo che, sia pure temporaneamente, produrrebbe.

La carenza di servizi alternativi e la inadeguatezza, allo stato presente, degli ospedali generali hanno responsabilmente indotto il Governo e le forze politiche che lo sostengono a seguire la via dell'anticipata approvazione delle norme contenute nella legge di riforma sanitaria, mediante uno stralcio degli articoli 30 e 54 del disegno di legge elaborato dalla Commissione sanità della Camera. L'approvazione in tempo utile di tali norme, ribaltando in modo radicale l'impostazione della tutela dei malati di mente, costituisce un superamento sostanziale della legge 14 febbraio 1904, n. 36, e rende non necessario lo svolgimento del *referendum* abrogativo.

A questo scopo, tuttavia, non può essere ritenuto sufficiente lo stralcio in senso letterale degli articoli citati. La disciplina che ne scaturirebbe sarebbe essa stessa carente in quanto il testo predisposto dalla Commissione sanità della Camera presuppone servizi e strutture che saranno attuati solo con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale.

Lo stralcio deve correttamente intendersi come fedele riproduzione dei contenuti sostanziali degli articoli 30 e 54, integrati da disposizioni indispensabili per rendere immediatamente operative le nuove norme e per assicurare forme di garanzia azionabili nelle debite sedi contenziose, il tutto da valere come disciplina-ponte, preparatoria della riforma sanitaria ed entro questa destinata ad essere riassorbita come espressamente previsto nell'articolo 10; in questo senso il Governo ha sollecitato il consenso della maggioranza parlamentare.

Nel rispetto di tali intendimenti e delle esigenze prima ricordate è stato elaborato il disegno di legge che si compone di 10 articoli. L'articolo 1 contiene i princìpi fondamentali della nuova disciplina sugli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

L'affermazione con la quale si apre, e cioè che gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari, non è una mera formula di rito, ma la codificazione di un principio alla luce del quale i trattamenti sanitari obbligatori si qualificano come interventi eccezionali, resi necessari, nei soli casi previsti dalla legge, da situazioni di particolare gravità, che pongono l'obbligo per chi li esegue di rispettare comunque la dignità della persona e i diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione e di promuovere il più rapidamente possibile le condizioni per il consenso e per la partecipazione dell'infermo al trattamento sanitario.

La previsione di possibili trattamenti obbligatori non è riferita a specifiche malattie, ma a tutti i casi espressamente previsti da leggi dello Stato. La formulazione adottata fa cadere ogni discriminazione nei confronti delle malattie mentali, che vengono prese in considerazione nell'ambito dei trattamenti obbligatori alla stregua di ogni altra malattia, senza più riferimento a una supposta pericolosità a sé o agli altri o all'occasione di scandalo.

A conferma che l'interesse portato alle malattie richiedenti trattamenti obbligatori è esclusivamente di carattere sanitario, è previsto che i provvedimenti relativi siano disposti dal sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, che siano adottati su proposta medica motivata e che le condizioni e le circostanze che ne costituiscono il presupposto tecnico vengano ulteriormente verificate, in caso di ricovero ospedaliero, dal medico della struttura di ricovero.

L'articolo 2 precisa che i trattamenti sanitari obbligatori possono essere adottati anche nei confronti di persone affette da malattie mentali: tuttavia, per poter ricoverare in ospedale un ammalato di mente, questi deve presentare gravi alterazioni psichiche e debbono esistere condizioni e circostanze tali da rendere impossibile l'adozione di idonee misure sa-

nitarie di altra natura. In altri termini in luogo di specificare una casistica di forme patologiche che richiedono il ricovero, si è preferito un riferimento indiretto, ma verificabile e apprezzabile da chi il provvedimento deve adottare o convalidare, e cioè la possibilità o meno di idonee misure curative di altra natura.

Il disegno di legge prevede altresì un duplice ordine di garanzie: le garanzie tecnico-sanitarie che fanno specifico riferimento alle condizioni e alle circostanze che hanno reso necessario il provvedimento e a taluni aspetti del trattamento (relazione medica motivata, verifica da parte del medico della struttura di ricovero, libertà di scelta del medico e del luogo di cura), e le garanzie giurisdizionali, che riguardano più propriamente gli effetti sulla libertà personale che conseguono al trattamento obbligatorio, (diritto dell'infermo di comunicare con chi ritenga opportuno; notifica del provvedimento e dei prolungamenti al giudice tutelare; ricorso al tribunale contro i provvedimenti del sindaco convalidati dal giudice tutelare; sanzione penale per le omissioni di comunicazione).

Anche se non espressamente previsto è evidente che i trattamenti sanitari obbligatori possono assumere forme molteplici: il trattamento ambulatoriale, quello domiciliare, quello in strutture di ricovero pubbliche o private dichiarate idonee dalla regione.

Nell'articolo 3, che contiene le modalità degli accertamenti e dei trattamenti sanitari obbligatori, è sanzionato il diritto alla scelta del medico e del luogo di cura. La riaffermazione di questo principio di libertà, che è sancito dalla Costituzione ed è ribadito dal disegno di legge di riforma sanitaria, appare quanto mai opportuna in un contesto legislativo che ha per oggetto misure sanitarie che limitano la libertà personale.

Gli eventuali trattamenti sanitari obbligatori in condizione di ricovero debbono essere attuati in specifici e autonomi servizi psichiatrici di ricovero e cura degli ospedali generali, previsti all'interno di dipartimenti che comprendono i presidi e i servizi extra ospedalieri psichiatrici e che garantiscono la continuità terapeutica. Non sarà più possibile, pertanto, ricoverare in istituzioni psichiatriche le persone sottoposte a trattamento sanitario obbligatorio; si rende cioè irreversibile il processo di graduale superamento degli attuali ospedali psichiatrici.

La scelta del servizio di diagnosi e cura, in luogo della divisione o della sezione, quale struttura organizzativa propria della psichiatria in ospedale generale, tende a sottolineare la destinazione di questa struttura a fungere da supporto ai servizi psichiatrici territoriali per assicurare la continuità terapeutica, in questo campo più che mai necessaria date le implicazioni relazionali tra paziente ed *équipe* curante.

È precisato al riguardo che deve trattarsi di un servizio specifico, dotato quindi di propri spazi ambulatoriali e di proprie disponibilità di ricovero all'interno dei dipartimenti che le regioni promuoveranno secondo il disposto del decreto ministeriale 8 novembre 1976.

L'articolo 4 disciplina il procedimento a garanzia della libertà dei pazienti fatti oggetto di trattamenti sanitari obbligatori in regime di ricovero. Titolare della facoltà di disporre trattamenti sanitari obbligatori è solo il sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria. I provvedimenti devono essere notificati al giudice tutelare che li convalida o non con decreto motivato. La scelta del giudice tutelare non è senza significato: anzitutto si è fatto riferimento a una categoria di magistrati che è presente capillarmente sul territorio; inoltre nel trattamento sanitario obbligatorio si è voluto vedere non tanto una limitazione della libertà del singolo cittadino quanto piuttosto una misura sanitaria. Sarà il giudice tutelare, che è competente per la tutela dei minori, degli interdetti, degli inabilitati e degli incapaci, a valutare l'opportunità di adottare i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e amministrare il patrimonio dell'infermo.

Per quanto concerne la competenza ad ottenere e convalidare il provvedimento è previsto che per gli interventi urgenti sia

il sindaco e il giudice tutelare del luogo dove si trova l'infermo; per i successivi interventi il sindaco e il giudice tutelare del luogo di residenza dell'infermo, i quali meglio possono controllare quelle circostanze non sanitarie che giustificano il ricovero.

Il sistema di garanzie è rafforzato dalla previsione di cessazione degli effetti del provvedimento che dispone il trattamento obbligatorio o che ne prolunga la durata in caso di omessa comunicazione al sindaco o al giudice tutelare, e dalla configurazione di reati penalmente perseguibili per le omesse comunicazioni.

L'articolo 5 disciplina la revoca e la modifica del provvedimento con il quale è stato disposto il trattamento.

La misura sanitaria e non specificamente restrittiva della libertà personale, che il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio viene ad assumere, comporta la possibilità per chiunque abbia interesse di adire il sindaco, senza particolari formalità e in ogni tempo, per chiedere la revoca o la modifica del trattamento; il sindaco è tenuto a decidere sulle richieste ricevute entro trenta giorni.

Ad un medesimo spirito di massima accelerazione delle decisioni e di semplificazione delle procedure, è ispirato l'articolo 6 che disciplina i ricorsi giurisdizionali.

I ricorsi vanno proposti contro il provvedimento del sindaco convalidato dal giudice tutelare. I tempi assegnati per proporre ricorso e per decidere sulle sospensive sono rispettivamente di trenta e di dieci giorni. Le formalità sono ridotte all'essenziale; le parti hanno la possibilità di stare in giudizio senza ministero di difensore e possono farsi rappresentare da persona munita di mandato. Di particolare interesse è la possibilità riconosciuta al sindaco di ricorrere contro la mancata convalida del provvedimento da parte del giudice tutelare.

Tutte le semplificazioni introdotte mirano a favorire la rapida conclusione dei giudizi e a rendere reale – e non soltanto formale – la tutela giurisdizionale assicurata ai cittadini, come peraltro si conviene in situazioni in cui gli effetti di una controversia, che è e resta di natura sanitaria, finiscono per incidere sulla sfera di libertà dei cittadini interessati.

I successivi articoli 7 e 8, di carattere organizzatorio, riprendono sostanzialmente i contenuti dell'articolo 54 elaborato dalla Commissione sanità della Camera con alcune specificazioni necessarie per rendere immediatamente e concretamente operativa la legge.

Alla base del sistema organizzativo dagli articoli 7 e 8 vengono posti i seguenti principi:

l'attribuzione immediata alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica ed in particolare delle funzioni di programmazione e di coordinamento per la integrazione dei presidi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le strutture sanitarie operanti nel territorio, che è la logica conseguenza dell'abolizione di ogni discriminazione riguardo alle malattie mentali;

la conservazione alle province, fino alla istituzione del servizio sanitario nazionale, delle attribuzioni delle funzioni di gestione delle strutture di ricovero da esercitare anche mediante convenzioni con gli enti ospedalieri e con le altre strutture di ricovero e cura, stipulate sulla base di uno schema tipo approvato con decreto del Ministro della sanità, sentite le regioni. La convenzione deve disciplinare, in particolare, gli aspetti finanziari del rapporto province-ospedali e le altre istituzioni convenzionate, nonché le modalità per la utilizzazione del personale degli istituti e servizi psichiatrici negli appositi servizi ospedalieri;

il divieto di superare con le nuove iniziative gli importi stanziati nei bilanci delle amministrazioni provinciali per le attività in questione e, sempre per ragioni di rigorosa amministrazione, l'estensione agli ospedali psichiatrici dei divieti contenuti nell'articolo 6 del decreto-legge 29 dicembre 1977, n. 496, convertito con modificazioni nella legge 17 febbraio 1978, n. 43.

Atti Parlamentari — 7 — Camera dei Deputati — 2130

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Le specifiche indicazioni contenute nel quinto e settimo comma dell'articolo 7 (divieto di costruire nuovi ospedali psichiatrici, di utilizzare quelli esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, di istituire negli ospedali divisioni o sezioni psichiatriche, obbligo di utilizzare nei servizi psichiatrici degli ospedali generali lo stesso personale degli attuali istituti psichiatrici e dei servizi psichiatrici extra ospedalieri) costituiscono limiti necessari alla competenza programmatoria delle regioni per rendere concretamente operante il superamento dell'istituzione psichiatrica.

Il superamento dell'istituzione psichiatrica è rimesso all'iniziativa delle regioni che vi provvedono attraverso l'attivazione dei servizi alternativi sul territorio e l'organizzazione dei servizi psichiatrici negli ospedali generali. Parimenti è rimesso alle regioni di individuare le strutture di ricovero e cura, pubbliche e private, idonee ai trattamenti sanitari obbligatori in regime di ricovero o quelle presso le quali i servizi psichiatrici debbono essere istituiti al più presto.

Il disegno di legge prevede, altresì, il graduale adeguamento del trattamento economico e degli istituti normativi di carattere economico del personale degli attuali ospedali psichiatrici a quello delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri con decorrenza dalla data di approvazione della legge sulla istituzione del servizio sanitario nazionale e, comunque, dal 1° gennaio 1979. La competenza in materia appartiene tuttora alle province. Molte hanno già provveduto ad estendere al personale in questione il trattamento ospedaliero.

Non si è ritenuto tuttavia opportuno inserire una norma di automatica estensione, sia per ragioni economiche contingenti, sia perché si tratta di una materia tipica della contrattazione sindacale.

Peraltro, l'esigenza della omogeneizzazione dei trattamenti del personale in tutti i comparti sanitari, che è stata seguita durante le trattative per i rinnovi convenzionali e contrattuali, si impone anche per questo settore, essendo impensabile di poter utilizzare nei servizi psichiatrici, sia ospedalieri, sia extraospedalieri, sia nei compiti residui degli istituti psichiatrici, per gli stessi compiti, personale con diversi trattamenti economici e normativi.

L'articolo 8 prevede l'estensione della nuova disciplina anche ai ricoverati in base a provvedimenti coattivi, nelle attuali strutture psichiatriche, al momento della entrata in vigore della legge.

Per la prima convalida di ricovero è prevista una particolare procedura, mentre per i prolungamenti successivi e per le richieste in via amministrativa di revoca o di modifica del provvedimento si applicano le norme generali.

L'articolo 9 introduce alcune modifiche all'articolo 716 del codice penale.

L'articolo 10, infine, dispone l'espressa abrogazione degli articoli della legge n. 36 del 1904, oggetto della richiesta di *referendum*, di alcune norme del codice penale, del codice civile e del testo unico delle leggi per la disciplina dell'elettorato attivo, nonché di tutte le altre norme incompatibili con la nuova disciplina.

Nello stesso articolo è riaffermato il carattere transitorio della normativa che dovrà essere organicamente inserita nel contesto del provvedimento di istituzione del servizio sanitario nazionale.

Archivio storico del Senato della Repubblica,
Disegno di legge *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori,*
Legislatura VII, 1976-1979, Atto Senato n. 1192

Messaggio della Camera dei deputati al Senato con cui si trasmette il Disegno di legge
4 maggio 1978
(firma autografa del Presidente della Camera dei deputati Pietro Ingrao)

CAMERA DEI DEPUTATI

PRESIDENZA

1192
4-5-1978

Roma, addì 4 MAG 1978

Prot. N. 780504082 /SG/LP
(da citare nella risposta)

ALL'ON. PRESIDENTE DEL
SENATO DELLA REPUBBLICA
= R O M A =

OGGETTO

Disegno di legge n. 2130.

Trasmetto l'unito disegno di legge approvato dalla XIV Commissione permanente della Camera dei Deputati (Sanità), in sede legislativa, il 2 maggio 1978

IL PRESIDENTE

1192
4-5-1978

CAMERA DEI DEPUTATI

Attesto che la XIV Commissione permanente della Camera dei Deputati (Igiene e Sanità) ha approvato, in sede legislativa, il 2 maggio 1978, il seguente disegno di legge:

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Art. 1.

(Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori).

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessiti la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico.

Art. 2.

(Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale).

Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

Nei casi di cui al precedente comma la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza

ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel precedente comma.

Art. 3.

(Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale).

Il provvedimento di cui all'articolo 2 con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 e dalla convalida di cui all'ultimo comma dell'articolo 2, deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al ministero dell'interno e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico di cui all'articolo 6 è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Art. 4.

(Revoca e modifica del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio).

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

Art. 5.

(*Tutela giurisdizionale*).

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma dell'articolo 3, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto informazioni e raccolte le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

Art. 6.

(*Modalità relative agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale*).

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge i trattamenti sanitari per malattie mentali, che comportino la necessità di degenza ospedaliera e che siano a carico dello Stato o di enti e istituzioni pubbliche sono effettuati, salvo quanto disposto dal successivo articolo 8, nei servizi psichiatrici di cui ai successivi commi.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con riferimento agli ambiti territoriali previsti dal secondo e terzo comma dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, individuano gli ospedali generali nei quali, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, devono essere istituiti specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

I servizi di cui al secondo e terzo comma del presente articolo – che sono ordinati secondo quanto è previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, per i servizi speciali obbligatori negli ospedali generali e che non devono essere dotati di un numero di posti letto superiore a 15 – al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale, con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti nel territorio.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le istituzioni private di ricovero e cura, in pos-

sesso dei requisiti prescritti, nelle quali possono essere attuati trattamenti sanitari obbligatori e volontari in regime di ricovero.

In relazione alle esigenze assistenziali, le province possono stipulare con le istituzioni di cui al precedente comma convenzioni ai sensi del successivo articolo 7.

Art. 7.

(*Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica*).

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le funzioni amministrative concernenti l'assistenza psichiatrica in condizioni di degenza ospedaliera, già esercitate dalle province, sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle regioni ordinarie e a statuto speciale. Resta ferma l'attuale competenza delle province autonome di Trento e di Bolzano.

L'assistenza ospedaliera disciplinata dagli articoli 12 e 13 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, comprende i ricoveri ospedalieri per alterazioni psichiche. Restano ferme fino al 31 dicembre 1978 le disposizioni vigenti in ordine alla competenza della spesa.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le regioni esercitano anche nei confronti degli ospedali psichiatrici le funzioni che svolgono nei confronti degli altri ospedali.

Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria, e comunque non oltre il 1° gennaio 1979, le province continuano ad esercitare le funzioni amministrative relative alla gestione degli ospedali psichiatrici e ogni altra funzione riguardante i servizi psichiatrici e di igiene mentale.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano programmano e coordinano l'organizzazione dei presidi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. Tali iniziative non possono comportare maggiori oneri per i bilanci delle amministrazioni provinciali.

È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche.

Agli ospedali psichiatrici dipendenti dalle amministrazioni provinciali o da altri enti pubblici o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza si applicano i divieti di cui all'articolo 6 del decreto-legge 29 dicembre 1977, n. 946, convertito con modificazioni nella legge 27 febbraio 1978, n. 43.

Ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali, di cui all'articolo 6, è addetto personale degli ospedali psichiatrici e dei servizi e presidi psichiatrici pubblici extra ospedalieri.

I rapporti tra le province, gli enti ospedalieri e le altre strutture di ricovero e cura sono regolati da apposite convenzioni, conformi ad uno schema tipo, da approvare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del ministro della sanità di intesa con le regioni, l'Unione delle province d'Italia e sentite, per quanto riguarda i problemi del personale, le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative.

Lo schema tipo di convenzione dovrà disciplinare tra l'altro il collegamento organico e funzionale di cui al quarto comma dell'articolo 6, i rapporti finanziari tra le province e gli istituti di ricovero e l'impiego, anche mediante comando, del personale di cui all'ottavo comma del presente articolo.

Con decorrenza dal 1° gennaio 1979 in sede di rinnovo contrattuale saranno stabilite norme per la graduale omogeneizzazione tra il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del personale degli ospedali psichiatrici

pubblici e dei presidi e servizi psichiatrici e di igiene mentale pubblici e il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri.

ART. 8.

(Infermi già ricoverati negli ospedali psichiatrici).

Le norme di cui alla presente legge si applicano anche agli infermi ricoverati negli ospedali psichiatrici al momento dell'entrata in vigore della legge stessa.

Il primario responsabile della divisione, entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, con singole relazioni motivate, comunica al sindaco dei rispettivi comuni di residenza, i nominativi dei degenti per i quali ritiene necessario il proseguimento del trattamento sanitario obbligatorio presso la stessa struttura di ricovero, indicando la durata presumibile del trattamento stesso. Il primario responsabile della divisione è altresì tenuto agli adempimenti di cui al quinto comma dell'articolo 3.

Il sindaco dispone il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera secondo le norme di cui all'ultimo comma dell'articolo 2 e ne dà comunicazione al giudice tutelare con le modalità e per gli adempimenti di cui all'articolo 3.

L'omissione delle comunicazioni di cui ai commi precedenti determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Tenuto conto di quanto previsto al quinto comma dell'articolo 7 e in temporanea deroga a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 6, negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, esclusivamente coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera.

ART. 9.

(Attribuzioni del personale medico degli ospedali psichiatrici).

Le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4 e 5 e dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

ART. 10.

(Modifiche al codice penale).

Nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, paragrafo 6 del codice penale sono soppresse le parole: « di alienati di mente ».

Nella rubrica dell'articolo 716 del codice penale sono soppresse le parole: « di infermi di mente o ».

Nello stesso articolo sono soppresse le parole: « a uno stabilimento di cura o ».

ART. 11.

(Norme finali).

Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3 e 3-*bis* della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente « Disposizioni sui manicomi e sugli alienati » e successive modificazioni, l'articolo 420 del codice civile, gli articoli 714, 715 e 717 del codice penale, il n. 1 dell'articolo 2 e l'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n. 223, nonché ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.

Le disposizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 della presente

legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffusive, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari obbligatori le competenze delle autorità militari, dei medici di porto, di aeroporto e di frontiera e dei comandanti di navi o di aeromobili.

La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta ufficiale* della Repubblica.

IL PRESIDENTE

Lettera di assegnazione
e lettera di trasmissione
del Disegno di legge
alla XII Commissione
permanente del Senato
5 maggio 1978

SENATO DELLA REPUBBLICA

IL PRESIDENTE

Roma, 5 MAG. 1978

Prot. N. 3625/S

Disegno di legge N. 1192

Ho deferito l'unito disegno di legge alla deliberazione della competente 12ª Commissione. Invio contemporaneamente il disegno di legge stesso alla Commissione da Lei presieduta, perchè esprima il proprio parere.

IL PRESIDENTE

F.to Fanfani

Onorevole Signor Presidente
della 1ª Commissione permanente

IV-1974 (1080) 2

Messaggio del Senato
alla Presidenza del Consiglio
dei ministri
con cui si trasmette il Disegno
di legge approvato
12 maggio 1978
(firma autografa del Presidente
del Senato Amintore Fanfani)

SENATO DELLA REPUBBLICA

Attesto che la 12ª COMMISSIONE PERMANENTE IGIENE E SANITA' *,*
nella seduta del 10 MAG. 1978 *, ha approvato il seguente disegno di legge, già approvato dalla Camera dei Deputati:*

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Art. 1.

(*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*).

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessiti la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico.

Art. 2.

(*Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale*).

Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

Nei casi di cui al precedente comma la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 da parte di un

5

di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Tenuto conto di quanto previsto al quinto comma dell'articolo 7 e in temporanea deroga a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 6, negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, esclusivamente coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera.

Art. 9.

(*Attribuzioni del personale medico degli ospedali psichiatrici*).

Le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4 e 5 e dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, numero 128.

Art. 10.

(*Modifiche al codice penale*).

Nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, paragrafo 6 del codice penale sono soppresse le parole: « di alienati di mente ».

Nella rubrica dell'articolo 716 del codice penale sono soppresse le parole: « di infermi di mente o ».

Nello stesso articolo sono soppresse le parole: « a uno stabilimento di cura o ».

Art. 11.

(*Norme finali*).

Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3 e 3-*bis* della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente « Disposizioni sui manicomi e sugli alienati » e successive modificazioni, l'articolo 420 del codice civile, gli articoli 714, 715 e 717 del codice penale, il n. 1 dell'articolo 2 e l'articolo 3 del testo unico delle leggi recanti norme per la disciplina dell'elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n. 223, nonchè ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.

Le disposizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 della presente legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffusive, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari obbligatori le competenze delle autorità militari, dei medici di porto, di aeroporto e di frontiera e dei comandanti di navi o di aeromobili.

La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica.

IL PRESIDENTE

Messaggio del Senato alla Presidenza del Consiglio dei ministri con cui si trasmette il Disegno di legge approvato 12 maggio 1978 (firma autografa di Adriano Ossicini, Presidente della XII Commissione igiene e sanità)

SENATO DELLA REPUBBLICA

Il Presidente della

12ª Commissione permanente (igiene e sanità)

attesta che la Commissione stessa, nella seduta del 10 MAG. 1978 *ha approvato il seguente disegno di legge, già approvato dalla Camera dei Deputati:*

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Art. 1.

(*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*).

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessiti la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico.

Art. 2.

(*Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale*).

Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

Nei casi di cui al precedente comma la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 da parte di un

5

di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Tenuto conto di quanto previsto al quinto comma dell'articolo 7 e in temporanea deroga a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 6, negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, esclusivamente coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera.

Art. 9.

(*Attribuzioni del personale medico degli ospedali psichiatrici*).

Le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4 e 5 e dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, numero 128.

Art. 10.

(*Modifiche al codice penale*).

Nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, paragrafo 6 del codice penale sono soppresse le parole: « di alienati di mente ».

Nella rubrica dell'articolo 716 del codice penale sono soppresse le parole: « di infermi di mente o ».

Nello stesso articolo sono soppresse le parole: « a uno stabilimento di cura o ».

Art. 11.

(*Norme finali*).

Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3 e 3-*bis* della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente « Disposizioni sui manicomi e sugli alienati » e successive modificazioni, l'articolo 420 del codice civile, gli articoli 714, 715 e 717 del codice penale, il n. 1 dell'articolo 2 e l'articolo 3 del testo unico delle leggi recanti norme per la disciplina dell'elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n. 223, nonchè ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.

Le disposizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 della presente legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffusive, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari obbligatori le competenze delle autorità militari, dei medici di porto, di aeroporto e di frontiera e dei comandanti di navi o di aeromobili.

La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica.

Lettera di proposta del Comitato promotore dei familiari dei degenti dell'Ospedale psichiatrico "Santa Maria Immacolata" di Guidonia al Presidente del Senato della Repubblica Amintore Fanfani
1 agosto 1978

12 CP

AL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA - ROMA
AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - ROMA
AL MINISTRO DELLA SANITÀ - ROMA
AL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - ROMA
A TUTTI I SIGNORI ONOREVOLI SENATORI - ROMA
A TUTTI I SIGNORI ONOREVOLI DEPUTATI - ROMA
ALLA COMMISSIONE SANITÀ DEL SENATO - ROMA
ALLA COMMISSIONE SANITÀ C. DEPUTATI - ROMA
A TUTTI I SIGNORI CONSIGLIERI REGIONALI - ROMA
AL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA - ROMA
» » » » - FROSINONE
» » » » - LATINA
» » » » - VITERBO
» » » » - RIETI
ALL'ASSESSORE SANITÀ REGIONE LAZIO - ROMA
» » PROVINCIA - ROMA
» » COMUNE - ROMA
» » PROVINCIA - FROSINONE
» » COMUNE - TIVOLI
» » COMUNE - GUIDONIA
AL SIG. MEDICO PROVINCIALE - ROMA
» » » » - FROSINONE
» » » » - LATINA
» » » » - VITERBO
» » » » - RIETI

e per conoscenza: AI SIGG. SINDACI DEI COMUNI di:
ROMA, FROSINONE, LATINA, VITERBO e RIETI

AI FAMILIARI DEI DEGENTI
NEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI di: ....

Un gruppo di familiari di persone affette da malattie mentali, riunitisi presso l'Ospedale psichiatrico "S. Maria Immacolata„ della Casa della Divina Provvidenza di Guidonia (Roma), hanno costituito un Comitato Promotore per la cura e la tutela degli interessi degli ammalati stessi, i quali, in conseguenza della entrata in vigore della legge 13 maggio 1978 n. 180, potrebbero venire a trovarsi in condizioni di notevole irreparabile disagio, il quale, per ovvii motivi, si ripercuoterebbe sui familiari degli stessi.

Tale Comitato Promotore, mentre plaude alla bella e santa iniziativa di chi si è tanto prodigato ed adoperato per restituire agli ammalati predetti il rispetto e la dignità personale, nonchè i diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, non può non costatare e far costatare, purtroppo, che la legge n. 180 pare che abbia fatto, come si suol dire, di tutta l'erba un fascio, motivo per cui ha ritenuto stilare ed approvare il seguente Ordine del giorno, che viene indirizzato a tutte le autorità e persone in indirizzo, con l'unico evidente scopo di vedere riesaminata nuovamente e profondamente la vasta e complessa materia della Psichiatria, per l'adozione di provvedimenti meno drastici e più idonei ed adatti tanto per gli Ospedali stessi, quanto per gli ammalati, per i familiari degli stessi e per tutti coloro che hanno interesse a vedere una buona volta risolta defenitivamente, completamente e bene la tanto dibattuta e discussa materia psichiatrica.

In particolare il Comitato ritiene opportuno far rilevare e costatare in ispecial modo che:

1°) - se non sono bastati lunghi decenni di ricovero e di degenza per un eventuale ricupero degli affetti da malattie mentali, decenni nel corso dei quali la malattia è riuscita soltanto a tracciare in essi solchi profondi di peggioramento del male, come è mai possibile che in soli 90 giorni (art. 8 comma 2 legge n. 180) un primario responsabile di divisione ospedaliera ne possa ora *serenamente* diagnosticare una dimissione, ovvero una eventuale determinata prosecuzione del trattamento sanitario di ricovero obbligatorio, indicando la durata presumibile del trattamento stesso?

2°) - come è possibile pensare che un ammalato di mente, il quale in passato si sia reso già varie volte pericoloso per se e per gli altri, motivo per cui è stato costretto per ben dieci, venti ed anche trenta volte ad essere o a farsi ricoverare in attrezzati Ospedali Psichiatrici, possa, d'ora in poi, essere ricoverato in un comune Ospedale Civile, mancante di ogni sia pur minima attrezzatura sanitaria, parasanitaria psichiatrica, confondendolo con ammalati di altro genere? - La follia, purtroppo, dice lo psichiatra Pascal di Torino, è espressione di profonda sofferenza, ma non si può curare come la polmonite perchè chi è affetto da polmonite può raccontare, più o meno, dove, come e perchè l'ha contratta; ma il cosidetto ammalato di mente non è in grado di spiegare niente, vive, cioè, in un mondo allucinatorio, magico, strano, vive, in altri termini, una crisi di depressione, con il sentimento di essere sempre perseguitato anche se non è vero. La prova evidente e lampante delle conseguenze che una tale confusione di malati ha provocato presso i vari comuni Ospedali Civili, ai quali sono stati fatti affluire ammalati di mente dalla data di entrata in vigore della legge n. 180, è stata fornita ampiamente da tutta la stampa italiana, la quale, occupandosi dell'argomento, ne ha denunciato tutti gli incovenienti incompatibili e deleteri.

3°) - un ammalato di mente ritenuto, o ragione o a torto, passibile di una dimissione e che una volta dimesso non venga accettato dai familiari, perchè ritenuto pericoloso, ovvero per altri motivi conseguenti alla cronicità del male, dove andrà a finire? Ed a chi potrebbero essere, eventualmente, attribuite le responsabilità di atti inconsulti commessi dall'ammalato di mente una volta dimesso e non recepito dalla famiglia?

4°) - se la legge n. 180 stabilisce che l'unica procedura da osservare per il ricovero dell'alienato mentale è quella prevista dalle norme in essa contenute, che fine ha fatto o farà l'efficacia della norma contenuta nell'art. 4 della legge 18/3/1968 n. 431 (ricovero volontario), che già tanta dignità e tanto respiro aveva fornito ed assicurato agli ammalati stessi ed ai loro familiari?

5°) - se poi le legge n. 180 si è posta come obiettivo l'abolizione dell'assistenza psichiatrica, si può essere certi che tale obiettivo può essere raggiunto. In tal caso si viola l'art. 32 della Costituzione, il quale espressamente sancisce che lo Stato "assicura la tutela della salute fisica e psichica di ogni cittadino".

Tutto quanto sopra premesso il Comitato Promotore:

C O N S I D E R A T O

che le norme contenute nella legge n. 180, così come è detto espressamente nell'art. 11 della legge stessa, restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale;

T E N U T O   D E B I T O   C O N T O

che allo stato attuale i comuni Ospedali Civili mancano di ogni struttura ed attrezzatura psichiatrica, ambientale, sanitaria e parasanitaria specializzata nella materia ed idonea a recepire gli ammalati di mente, mentre, al contrario, vi sono già esistenti e funzionanti Ospedali Psichiatrici già attrezzati secondo gli ultimi criteri, sistemi e metodi della psichiatria moderna;

C O S T A T A T O

che in tali Ospedali Psichiatrici ultimamente menzionati gli ammalati, oltre ad essere sottoposti alle cure farmacologiche e riabilitative appropriate ai vari casi, hanno trovato la calma, la pace e la tranquilità di cui hanno tanto bisogno; usufruiscono di posti letto comodissimi e non affolati (tre massimo cinque per ogni stanza) con comodini sedie ed armadi; usano servizi igienici (gabinetti, bagni docce) tenuti sempre nella massima pulizia; circolano liberamente negli ampi spazi interni ed esterni; godono e respirano l'aria salubre degli immensi giardini facendo lunghissime passegiate attraverso viali fiancheggiati ed ombreggiati da alberi di pini e da verdi prati; beneficiano, già da tempo, di una larga assistenza ricreativa, quale ad esempio: radio, televisione, cinema, teatro, servizio di bar-bouvette-tabacchi e varie, musica con possibilità di ballare, campo sportivo con tornei di calcio, incontri bisettimanali tra ammalati, familiari, medici ed assistenti sociali; molti, infine, sono anche sottoposti ad intensa attività riabilitativa e risocializzante, a seconda delle loro tendenze, vengono iniziati a lavori di pittura, scultura, costruzione di quadri di tipo "aracne„ scuola per analfabeti ecc... ecc..., mentre altre iniziative sono in via di attuazione, vedi Ospedale Psichiatrico "S. Maria Immacolata„ della Casa della Divina Provvidenza di Guidonia (Roma);

A U S P I C A

che non vengano eliminate opere del genere, che tante fatiche e sacrifici sono costati a chi le ha ideate, costruite e realizzate proprio allo scopo di arrecare bene e sollievo agli ammalati di mente;

P R O P O N E

a qnanti hanno la veste e la potestà di farlo, che, prima che venga approvata la legge istitutiva del servizio nazionale sanitario, sia nominata una Commissione, composta da tecnici esperti in psichiatria, nonchè da rappresentanti dei familiari dei degenti, la quale dovrebbe trasferirsi in questo tipo di Ospedali Psichiatrici esistenti e funzionanti, per poter conoscere da vicino e nella realtà chi è, come vive e come viene trattato l'ammalato di mente; vagliare le strutture, le attrezzature, i metodi di cura adottati, nonchè le varie iniziative realizzate e già in atto. Tale Commissione, infine, dovrebbe prendere veramente a cuore la cosa, studiare eventuali altre possibilità di sviluppo delle altre iniziative da prendere e da realizzare gradatamente nel tempo, per rendere più agevole il compito di poter sempre meglio operare a beneficio e nell'interesse degli ammalati di mente, avendo come unico obiettivo quello di restituire nel più breve tempo possibile l'ammalato di mente alla collettività umana per il reinserimento nella società.

Certi e fiduciosi di trovare completamente d'accordo e consenzienti tutte le Autorità e le persone alle quali il presente Ordine del Giorno viene indirizzato; sicuri che coloro che hanno veste e potestà di farlo adotteranno tutti i provvedimenti idonei e adatti per il conseguimento degli scopi predetti, anticipatamente ringraziano e porgono distinti e deferenti ossequi.

Guidonia, lì 1 agosto 1978

IL COMITATO PROMOTORE DEI FAMILIARI
DEI DEGENTI DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO
«S. MARIA IMMACOLATA»
DELLA CASA DELLA DIVINA DIVINA PROVVIDENZA
DI GUIDONIA

Sig. On.Senatore Dr.AMINTORE FANFANI
PRESIDENTE DEL SENATO DELLA REPUBBLICA
Palazzo Madama

00100 R O M A

Ordine del giorno dell'Associazione nazionale degli enti e organizzazioni psichiatriche sulla situazione dell'assistenza psichiatrica novembre 1978

A. N. E. O. P.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
DEGLI ENTI ED ORGANIZZAZIONI PSICHIATRICHE

Il Presidente

Presidenza A.N.E.O.P. presso Ospedali Psichiatrici - ~~10093 TORINO~~ COLLEGNO

novembre 1978

All'on. Presidente della
Commissione Igiene e Sanità
del Senato della Repubblica
00100 R O M A

Invio l'ordine del giorno approvato dal Consiglio Direttivo di questa Associazione il 4 novembre 1978 in ordine all'attuale situazione ed ai problemi in atto dell'assistenza psichiatrica.

Distinti saluti.

Andrea Prele

A. N. E. O. P.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEGLI ENTI ED ORGANIZZAZIONI PSICHIATRICHE

Presidenza A.N.E.O.P. presso Ospedali Psichiatrici - COLLEGNO

ORDINE DEL GIORNO

Il Consiglio Direttivo dell'Associazione Nazionale Enti ed Organizzazioni Psichiatriche, riunito a Verona il 4 novembre 1978;

esaminato lo stato di attuazione della legge n. 180 del 13.5.1978 e l'iter parlamentare del disegno di legge sulla istituzione del servizio sanitario nazionale, attualmente all'esame della Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica e constatati i gravi ritardi specialmente da parte di alcune Regioni, nell'individuazione dei servizi psichiatrici presso gli ospedali generali ma, soprattutto, nella creazione di efficienti servizi territoriali e nell'utilizzazione del personale delle vecchie strutture manicomiali;

considerato come questi ritardi contribuiscono a rafforzare le polemiche e gli attacchi ai principi innovatori di recupero e cura dei malati di mente sanciti dalla legge n. 180/78;

ribadita la convinzione che il coraggioso esperimento di liberalizzazione del malato di mente dalle strutture segreganti del passato e dai pregiudizi sociali di un'altra epoca esiga, per la sua riuscita, la creazione di strutture alternative all'esigenza ricovero;

convinto che il vero superamento del regime sanzionato dalla legge del 1904 possa avvenire solo con la completa riforma sanitaria e conscio dei limiti delle riforme stralcio, insiste per una sollecita approvazione, non oltre il 31 dicembre 1978 del disegno di legge per l'istituzione del servizio sanitario nazionale, evitando emendamenti che ne snaturino i principi informatori e le linee essenziali dell'unità sanitaria locale;

auspica inoltre che nelle sedi regionali siano sollecitamente avviate le procedure per realizzare la mobilità del personale attualmente addetto agli ospedali psichiatrici, accelerandone il superamento, mobilità che non dovrà costituire danno per i lavoratori, ma dovrà anzi essere attuata con equi indenizzi per il maggior sacrificio e le maggiori spese incontrate dagli stessi.

Articoli di giornali italiani e stranieri

Corriere della sera,
29 settembre 1949, pag. 3

LETTERA APERTA AI MEDICI

NON "PECCÒ" il dottor Picozzo

Mi è capitato di assistere giorni or sono, in visione privata, alla proiezione di un film che, come ebbe a Venezia molto successo di critica, così è probabile che avrà molta fortuna di pubblico. E' una pellicola sui manicomi, la storia di una pazza in mezzo ai pazzi, e della sua miracolosa, ma clinicamente spiegata, guarigione. Il cinema si avvia a battere le stesse strade, è chiaro, che battono la letteratura e il giornalismo: la volgarizzazione della scienza. Siamo nell'età dei digesti.

Per i diritti della scienza io mi sento pieno di rispetto, vivamente mi rallegro dei suoi successi e, ogni volta che ne ho bisogno, vi ricorro. Non c'è più nessuno, credo, al mondo, che rifiuti i benefici dell'anestesia quando deve farsi un'operazione, o della penicillina quando ha la polmonite. E con animo gonfio di gratitudine seguiamo gli sforzi dei tisiologi e dei cancerologi impegnati nella crociata contro i due peggiori flagelli dell'umanità. Un po' meno rispetto sento però per la religione della scienza, voglio dire per quella «cupiditas sciendi» che, a non controllarla criticamente, può condurre chi la serve a considerare il genere umano come una collezione di cavie da esperimento e a manometterne certi fondamentali diritti: come quello di morire o di impazzire.

La protagonista del film di cui sopra sviluppa la sua demenza da un «complesso» di colpa. I «complessi» son di moda dal giorno in cui Lutero, Calvino e compagni tolsero a mezza cristianità il grande beneficio della confessione, cioè della espiazione del peccato e della liberazione dal rimorso. Un po' meno giustificato è l'attecchire di questa moda in mezzo all'altra metà della cristianità, cui noi Italiani apparteniamo. Ma questo è tutt'un altro discorso. Ai «complessi» dunque crede il dottore del film cui la povera demente viene affidata, ed egli si mette a ricercare su di lei quello, specifico, che la condusse alla pazzia. «Elettrochoc» prima, poi il «siero della verità» e interminabili, minuziosi interrogatori nei momenti in cui, per ragioni fisiche e chimiche, la paziente offre minor resistenza. E finalmente, giusta la buona regola dello «happy end», la scoperta e la guarigione.

Era una faccia onesta, quella dello psichiatra sullo schermo, mentre, iniettando con una siringa il siero nelle carni della matta o sconvolgendone la mente con le scariche elettriche, le spezzava ogni forza di inibizione e la riduceva in proprio potere per frugarle il subcosciente e farvi affiorare la «colpa» che le aveva ottenebrato il cervello; la faccia di un galantuomo ben intenzionato e animato da una specie di fanatismo filantropico. Ma come stranamente essa assomigliava a quella di un dottore tedesco — Brandt — che vidi sul banco degli imputati a Norimberga e che venne di lì a pochi giorni impiccato, con altri sei suoi colleghi, per «bestiali violenze contro le persone degli internati del Lager»! La stessa faccia, dico, identica, con in più quell'espressione di candido stupore, al momento in cui gli fu letta la sentenza, che certamente si sarebbe dipinta sul viso dello psichiatra del film se qualcuno del pubblico nella sala si fosse alzato per dirgli che anche lui stava commettendo un gesto di «bestiale violenza» contro la persona della pazza che il regista gli aveva affidato, ed egli avesse potuto udirlo. Come!? Bestialmente violento lui, unicamente inteso, attraverso il male di quella paziente, a raggiungere il bene della umanità? Lui, che si sforzava solo di appurare una legge scientifica e di applicarla a vantaggio di tutti?

Ma Brandt a Norimberga aveva, in sua difesa, avanzato gli stessi interrogativi, senza che ciò lo salvasse dalla forca. Il suo avvocato aveva tratto dalla borsa un volume di documenti a riprova che i medici del *Lager* erano i più bravi della Germania, i più puri apostoli del sapere che si trovassero nel Reich. Erano stati essi stessi a chiedere a Himmler che venissero messi a loro disposizione, cioè a disposizione della scienza — la sacra *Wissenschaft* — i corpi degli internati già condannati a morte: non per sfogarvi sopra istinti sadici, come qualcuno frettolosamente e propagandisticamente aveva detto, ma per sperimentarvi farmaci e procedimenti che, attraverso il male dei pazienti, mirassero al bene dell'umanità. Non era un programma di morboso divertimento, il loro, ma di studio a scopi filantropici: un programma d'altronde già sollecitato, e in alcuni Stati della Repubblica stellata applicato, da medici di tutto il mondo — quelli americani in testa — e anche da alcuni parlamentari socialisti e umanitari europei, secondo i quali un malato inguaribile, come sono gli schizofrenici, è da sopprimere senz'altro, i delinquenti sono da sterilizzare, e i condannati a morte (che, dei malati inguaribili, sono i più inguaribili di tutti) da passare nel gabinetto di fisiologia perché il loro già scontato decesso serva almeno a questo: ad appurare una legge chimica o la validità di un veleno. Brandt e i suoi compagni di Norimberga erano in perfetta buona fede, ciò dicendo, esattamente come lo sarebbe stato lo psichiatra del film, se qualcuno lo avesse chiamato a render conto delle sue gesta. E quando, a sentenza pronunciata, mi avvicinai a lui per chiedergli cosa ne pensava, mi sentii rispondere: «Giuro di non aver mai ucciso nessuno senza uno scopo di bene». Dopodichè salì il patibolo con la coscienza perfettamente a posto, sentendosi in pace con la nuova religione della scienza, della quale era un onesto seguace.

Contro questa religione un paio di anni fa, e proprio nella terra che più fitte conta le schiere dei suoi fedeli — la Germania di Brandt — una voce si è levata: quella del medico Alessandro Mitscherlich autore di un «Diktat der Menschenverachtung» («Comando del disprezzo dell'uomo»). Mitscherlich fu l'unico testimone del processo di Norimberga che dal dibattito che vi si svolse cercò di trarre una morale. E la morale è questa: che la vera accusata, in quel processo, non erano e non dovevano essere i sette medici macchiatisi del delitto di bestiale violenza contro le persone degli internati del *Lager*, ma la idolatria per la scienza che li aveva spinti al disprezzo verso i diritti dei loro simili, degradati al rango di cavie per esperimenti. Brandt e compagni espiarono il loro peccato di orgoglio scientifico, la cui contropartita è appunto il disprezzo per l'uomo; ma chi volle l'espiazione furono — ahimè — Russi e Americani, cioè i rappresentanti di popoli che quell'orgoglio portano nel sangue, e in nome della scienza si sono arrogati, esattamente come i colleghi tedeschi giustiziati, il diritto di decidere quale sia il bene dell'umanità da perseguire attraverso il male dei singoli uomini. Sono essi che, con i loro digesti, volgarizzano questo nuovo mostruoso verbo, di cui i laboratori di Dachau e di Buchenwald e le nefande cerimonie che vi si compirono non furono che la pratica applicazione. Date mano libera allo psichiatra del film, a quel bel giovanotto dalla faccia di galantuomo, animato da una febbre di filantropico fanatismo, e state pur tranquilli che a Buchenwald o a Dachau arriverà pure lui, come Brandt l'impiccato, sempre per il bene dell'umanità.

Il dottor Picozzo mi sorride, mentre scrivo queste righe, dalla cornice che inquadra la sua fotografia. Nessuno dei miei lettori lo conosce certamente perchè la gloria mai lo sfiorò: egli fu il «condotto» di un angolo di Toscana e il medico di fiducia della mia famiglia. Usava seminare di motti latini il suo discorso e, tutte le volte che si parlava di scienza, ridacchiava. Diceva che gli antichi non conoscevano la *Scienza*, ma solo la *Sapienza*, e che il primo comandamento del «sapiente» era quello di non credere mai del tutto a ciò che sapeva, e il secondo quello di rifiutare ogni credito a ciò che pretendeva di sostituirsi a Dio come spiegazione dell'eterno *Perchè*.

Certo, se fosse stato per lui, non si sarebbero mai scoperte nè la penicillina, nè l'anestesia, e questo vada a sua mortificazione; ma non si sarebbe nemmeno arrivati a Dachau, e questo va a sua gloria.

Ma io credo sinceramente che fra Picozzo e Brandt ci sia pure una via di mezzo: quella su cui dovrebbe poter camminare una scienza umana, e cioè con la «esse» minuscola, non infatuata al punto di considerare se stessa una religione e sacerdoti i suoi ministri, non immemore dei suoi limiti e fermamente ancorata al rispetto degli inalienabili diritti individuali: il diritto di ognuno a scegliere il proprio destino dinanzi alla vita e alla morte e di rifiutarsi ad essere «strumento» di un «bene» deciso da altri. Una scienza sotto sorveglianza, insomma, della critica e della ragione, come un pregiudicato lo è sotto quella dei carabinieri.

E se poi il mondo vorrà continuare ad avanzare sulla strada del suo orrendo peccato di orgoglio scientifico, ora che anche il cinema si mette a fomentarlo, ebbene, che almeno qualcuno lanci un grido di orrore. Molto, per quel grido, sarà a suo tempo perdonato a chi molto per scientifico orgoglio ha peccato.

Indro Montanelli

Corriere della sera,
11 febbraio 1904, pag. 2

Camera dei Deputati

(Per telefono al *Corriere della Sera*)

Roma, 10 febbraio, sera.

Seduta del 10 febbraio — Pres. del pres. BIANCHERI

Legge sui Manicomi

GATTI attribuisce lo scarso interessamento della Camera a questa discussione al fatto che col presente disegno di legge non si risolve la parte più ponderosa del problema; vale a dire la competenza passiva della spesa degli alienati.

DE FELICE GIUFFRIDA lamenta che il disegno di legge non garantisca dagli abusi dei manicomi privati che degenerano talvolta in una vergognosa speculazione, e nei quali si applicano ai poveri infelici dei veri strumenti di tortura.

BERTOLINI approva che sia stata rimandata ad altro disegno di legge la risoluzione del problema relativo alla competenza della spesa pei maniaci, sovratutto perchè non si potrebbe addossarne parte ai Comuni senza accrescere i loro cespiti d'entrata, con una riforma dei tributi locali. Invoca quindi che si affretti il riordinamento delle finanze locali e svolge all'uopo un ordine del giorno.

Dopo altre considerazioni degli on. CANTARANO e CALLAINI, il relatore on. BIANCHI LEONARDO propone un ordine del giorno per stabilire che i manicomi siano obbligati a fornire materiale scientifico all'insegnamento universitario di psichiatria e un altro ordine del giorno per disciplinare con garanzie scientifiche il rilascio degli attestati pel ricovero degli alienati.

GIOLITTI, presidente del Consiglio, nota come dal 1877 in poi per ben dieci volte furono presentati dei disegni di legge intesi a regolare la posizione degli alienati senza che il grave problema abbia potuto essere risoluto. Per evitare che ciò si ripeta presentò allora l'attuale disegno di legge che provvede a ciò che è veramente indispensabile e per ciò prega la Camera di accettarlo come fu votato dal Senato.

Rispondendo ai vari oratori, l'on. Giolitti conclude poi col non accettare nè l'ordine del giorno dell'on. Gatti, nè quello dell'on. Bertolini, pregando gli on. Bianchi e Callaini a convertire i loro ordini del giorno in raccomandazioni.

L'on. GATTI insiste, però, nella sua proposta, e la Camera la respinge.

Alle 15.30 si sparge nell'aula la notizia della condanna di Enrico Ferri e dell'*Avanti!* S'impegnano naturalmente vive discussioni; poi entra nell'aula l'on. Bertolo, il quale appare assai soddisfatto: molti colleghi gli stringono la mano. Più tardi entra Ferri e va subito a sedersi al suo posto. Va da sè che anch'egli è complimentato dai dieci o dodici deputati presenti all'estrema sinistra. E' fra quest'agitazione che si proclama la votazione con 171 voti contro 57 dell'assegnazione straordinaria di lire 5,[illegible] da [illegible] nei bilanci dei Ministeri della guerra e della marina per l'esercizio finanziario 1903-4 per le spese della spedizione militare in Cina.

L'Unità
30 maggio 1951, pag. 5

Con il voto di 200 pazzi la D. C. ha prevalso a Novara

Contro il parere del direttore del Manicomio, il Prefetto ha fatto scortare alle urne gli eccezionali elettori - La maggior parte dei militari elettori trattenuti nelle Caserme

Tra i brogli più clamorosi, che hanno arricchito il quadro della truffa elettorale governativa, particolarmente scandaloso è quello che riguarda la partecipazione alle elezioni comunali di Novara di duecento pazzi, tra i quali 140 furiosi. Nonostante il direttore dell'Ospedale neuro-psichiatrico avesse comunicato espressamente alle Autorità che non riteneva possibile il trasferimento degli alienati presso le sezioni elettorali, il Prefetto è intervenuto, personalmente, al fine di assicurare la partecipazione di tutti i matti alla votazione. Il direttore del manicomio, allorquando i funzionari, incaricati della miserabile missione, si presentarono al manicomio, tentò di opporsi al vergognoso reclutamento. Ma tutto fu inutile. I pazzi furono intruppati e recati in fila alle urne.

All'episodio dei matti si aggiunge, inoltre, l'illegale iscrizione, nelle liste degli elettori, di 280 agenti di P.S., non residenti nel comune di Novara, avvenuta un mese prima delle elezioni per diretto interessamento del Prefetto.

Il sindaco di Novara inoltrò, immediatamente, denuncia contro lo abuso prefettizio. La Corte d'Appello di Torino, però, accolse i ricorsi relativi solo a 80 degli agenti. Pertanto, di iscritti illegalmente nelle liste di Novara, ne rimasero oltre 200. Contro la sentenza fu opposto ricorso in Cassazione. Se la Cassazione accoglierà il ricorso, saranno invalidati i risultati delle elezioni di Novara, in considerazione del fatto che, in questa città, la Democrazia cristiana ha prevalso sulle liste popolari solo per 200 voti.

La maggioranza dei militari inoltre non hanno avuto i permessi per andare a votare. I comandi militari, infatti, nel ricevere i certificati elettorali dei soldati da essi dipendenti, hanno proceduto ad una discriminazione, i cui criteri sono facilmente desumibili. Pertanto, si calcola, in media, che solo il 10-15 per cento dei militari aventi il diritto al voto hanno potuto partire per i rispettivi comuni di origine. Così è accaduto, ad esempio, alla Caserma dei Granatieri e alla Scuola Artificieri di via Nomentana, a Roma. Alla caserma Amione di Roma nessun militare ha ricevuto il permesso di recarsi a votare.

Molti militari, inoltre, pur avendo appreso dai propri familiari che i loro certificati elettorali erano stati inviati presso i rispettivi Comandi, non sono stati nemmeno informati dell'arrivo dei certificati stessi. In molte furerie i soldati elettori sono stati invitati a firmare una ricevuta, dalla quale risultava che era stato loro consegnato il certificato, mentre il documento è rimasto in possesso dei Comandi.

Al 78. Fanteria, di stanza a Firenze, si è seguita un'altra singolare procedura. Il permesso di andare a votare è stato concesso solo ai militari più abbienti. Forse perché a causa della loro condizione economica erano ritenuti, dai Comandi, sicuri elettori delle liste governative.

Corriere della sera,
21 settembre 1965, pag. 8

PROTESTANO I MEDICI per il discorso di Mariotti

Replica alle affermazioni del ministro della sanità

In seguito al discorso che il ministro della sanità senatore Mariotti ha pronunciato ieri l'altro al cinema Odeon rendendo pubblico certo indirizzo della politica sanitaria del governo, ha preso posizione il professor Raimondo Bariatti, quale presidente della federazione degli ordini dei medici. Ecco quanto egli ha dichiarato:

«Dai frammenti del discorso pronunciato dal ministro Mariotti, risultano elementi di estrema gravità, che non possono essere passati sotto silenzio dal rappresentante qualificato e legittimo dei medici italiani. A proposito degli ospedali psichiatrici il ministro dice "che il medico fa una rapida comparsa al mattino, così che gli ospedali assomigliano piuttosto a Lager di sterminio o a bolge dantesche".

A prescindere dal paragone odioso usato, quasi che negli ospedali si provvedesse allo sterminio dei degenti, è invece vero che il medico vi passa tutte le ore stabilite dai regolamenti ospedalieri: basti ricordare gli ospedali psichiatrici di Milano e provincia, dove i medici svolgono un orario di sei-sette ore, che rappresenta il tempo pieno che la federazione degli ordini dei medici ha studiato e proposto.

Ancora più grave e calunniosa l'affermazione che "la nostra storia giudiziaria è piena di casi che dimostrano come persone di poco scrupolo, per salvaguardarsi eredità o diritti familiari, sono riuscite talora, con l'ausilio della legge 1904, a infliggere la morte civile a tanti disgraziati che avrebbero invece potuto essere recuperati.

Tali accuse — ha aggiunto il professor Bariatti — mentre da un lato generano timori e sconcerto nella popolazione circa la onestà dei medici, che trasformerebbero gli ospedali in Lager di sterminio, gettano fango su categorie che svolgono la loro attività in condizioni che solo una vera vocazione può far tollerare.

In un altro passo del suo discorso — ha detto ancora Bariatti — il ministro afferma che nello schema di legge presentato da lui stesso alla presidenza del consiglio dei ministri, è esclusa ogni statizzazione o nazionalizzazione della medicina, in quanto egli sa il grave danno che ne deriverebbe per la tutela della salute dei cittadini. Ma se il rapporto configurato non è vera e propria statizzazione (e ogni giurista può esprimersi al riguardo), veramente e desolatamente concludiamo o che l'italiano per i politici non ha più senso, o che il ministro ritiene gli ascoltatori talmente ignoranti che non sappiano discernere quali sono gli elementi che configurano la completa impiegatizzazione e la statizzazione.

Il ministro afferma inoltre "che non è possibile vietare a un cittadino di rivolgersi al suo medico di fiducia": mentre l'articolo 10 dello schema di legge obbliga tutti i cittadini a ricorrere a un unico ambulatorio.

La Stampa
2 giugno 1965, pag. 3

DI CHE COSA SI LAMENTANO GLI ITALIANI

La macchina della Legge vecchia e lenta non può garantire una sicura giustizia

L'equità dei magistrati non basta a compensare i difetti dei Codici, il pesante formalismo della procedura, le manchevolezze dell'organizzazione - Dopo 19 anni di Repubblica democratica, sopravvivono molte leggi fasciste, duri principi inquisitori, norme crudeli sull'infermità mentale - Gli esperti sono concordi nel chiedere migliori garanzie per l'imputato e l'adeguamento dei Codici alla realtà del paese, insieme con la riforma dell'ordinamento giudiziario - «Giudici di pace» e meno piccole preture ridurrebbero l'immenso numero di processi arretrati - Compito della magistratura è più giudicare che moralizzare

(Dal nostro inviato speciale)
Roma, giugno.

La Giustizia. Non riesco proprio a rappresentarla. Penso ai simboli: la spada, la bilancia coi due piatti perfettamente equilibrati, ma mi torna sempre in mente l'ironica e pessimistica frase di Orwell: «La legge è uguale per tutti, ma per qualcuno è più uguale». Sono più forti, e mi sembrano anche più vere, altre immagini: ad esempio, certe scene viste, all'alba, sul marciapiede di una stazione. Un uomo ammanettato tra due carabinieri, ha il cappotto buttato sulle spalle che non lo protegge dal freddo, e stringe con fatica una pagnotta sul petto. O l'ufficiale giudiziario che grida: «Entra la Corte!», e il silenzio che si crea nell'aula prima della sentenza. O la faccia severa, l'aria umbertina del procuratore Giannantonio: mi ricorda l'aneddoto esemplare del mugnaio di Potsdam e del grande Federico; il sovrano voleva il campo, minacciava, e il suddito non intendeva cederlo: «Maestà — disse il mugnaio, esasperato, alla fine —, ci sono ancora dei giudici a Berlino».

Ce ne sono anche a Roma, ma gli italiani non sembrano soddisfatti. La Repubblica ha ormai diciannove anni, ed è ancora in vigore il codice fascista; accadono storie come quella del povero Gallo, condannato per aver ucciso un fratello che è ancora al mondo; i contrasti per motivi di lavoro si protraggono all'infinito; le cause da discutere si accumulano nei polverosi scaffali delle cancellerie; il formalismo manda all'aria le udienze del processo Bebawi, perché si scopre che tre signore non hanno compiuto gli indispensabili studi, come se in America e in Francia i lattai e le casalinghe non fossero ritenuti capaci di rendere giustizia.

Mi dice l'avvocato Adolfo Gatti: «E' il senso di equità dei magistrati che ripara certe insufficienze dei codici. Ma le contraddizioni sono tante, e molti e gravi gli inconvenienti. La Costituzione afferma che il cittadino è innocente fino alla condanna definitiva. Invece può essere arrestato anche prima del giudizio, e detenuto per anni, anche quando non lo si ritiene pericoloso, e non è quindi necessaria la custodia preventiva, e anche quando il fermo non è indispensabile per avere la prova. E se poi verrà assolto? Così c'è un principio di pena senza che vi sia un verdetto».

Ho rivolto al professor Giuliano Vassalli e all'onorevole Giovanni Leone questa domanda: «Se fosse accusato, che cosa temerebbe di più?». «Capitare sotto un Pubblico Ministero o un giudice prevenuti» risponde Vassalli. «Essere protagonista di un processo indiziario», dice Leone.

Giuliano Vassalli mi parla dei mali del sistema: «Da noi», spiega, «il difensore è tenuto in sospetto come l'imputato, e non partecipa alla fase più delicata, che è quella dell'istruttoria. Non collabora alla prima ricerca della verità, quando è più facile cadere nell'errore. E uno sbaglio può avere conseguenze drammatiche. Ricorda la vicenda di Giuseppe Galliano? Era un fornaio di Bossolasco, un paese vicino a Dogliani, e venne condannato per avere massacrato il padre a colpi di martello, e con lui la moglie, ritenuta sua complice. Diventò pazzo, ed è morto in una clinica per alienati. Poi scoprirono i veri colpevoli. La moglie venne rimessa in libertà e per Galliano c'è stata la revisione. Non è molto: gli hanno restituito l'onore e la dignità della vittima.

«Ma in certi casi la nostra giustizia è addirittura medievale. Mi riferisco ai malati di mente e agli anormali. Seminfermo, come è noto, è considerato colui che ha "grandemente scemata la capacità di intendere e di volere". Gli viene concessa un'attenuante, la detenzione diminuisce di un terzo: da trent'anni, se il caso è molto grave, passa a ventuno. Eppure si è stabilito che, mentre compiva il crimine, non poteva valutare tutto il peso del suo gesto, né stimarne in pieno le conseguenze. Pensi che se un condannato impazzisce viene inviato, naturalmente, al manicomio, ma quando esce guarito, deve ricominciare a scontare la condanna. Può capitargli di aver passato vent'anni tra i pazzi, e se non ottiene la grazia, il computo riparte da zero».

L'onorevole Giovanni Leone dice che ha molta considerazione per i tribunali inglesi, «perché sono quelli che più rispettano il senso di equanimità dei romani». Mi fa un esempio delle peripezie di cui può essere protagonista un cittadino, perché sia evidente come lo stesso episodio si presta a interpretazioni del tutto diverse. Ha patrocinato le ragioni di un uomo che la Corte di Assise di Cagliari condannò all'ergastolo, e che la Corte d'Assise d'Appello della stessa città assolse «per non avere commesso il fatto». La Cassazione, però, annullò il verdetto, e l'accusato venne rinviato ancora a giudizio. Altra Corte d'Assise, e riconferma della condanna a vita; ancora un ricorso alla Cassazione, ma senza successo: ogni motivo respinto.

«Non mi piacerebbe», dice l'ex presidente della Camera, «essere coinvolto in una di quelle vicende nelle quali le circostanze fanno presumere la colpevolezza dell'imputato. Immagini di possedere una villa a Capri; lei arriva per trascorrervi una breve vacanza, ma non trova la cameriera, così decide di alloggiare per una sera in albergo. Dello stesso hôtel è ospite una sua vecchia amante che lei non vede da tempo, e che durante la notte viene uccisa. Si indaga, e si scopre l'antica relazione, e lei viene sospettato, gli indizi le sono contro, perché si può pensare che la donna lo ricattasse, o che lei abbia voluto vendicarsi di una minaccia. Queste strane concomitanze, come si possono spiegare?». Lo diceva già il Manzoni: «A giudicare per induzione e senza la necessaria cognizione dei fatti, si fa alle volte gran torto anche ai birbanti».

Per l'avvocato Filippo Ungaro, bisogna anzitutto riformare l'ordinamento giudiziario. Tempo fa si era riunita, con questo compito, una commissione di quarantacinque membri, poi si accorsero che erano troppi, e che non poteva funzionare, così presero una rigida decisione e ne mandarono a casa trentasette. Gli otto superstiti cominciarono il lavoro, esaminarono il problema delle preture e, come primo provvedimento, ne abolirono ottanta. Reazioni tumultuose: chi protestava perché erano troppe, e chi proponeva addirittura di sopprimerle tutte.

«Bisognerebbe istituire, come si è fatto altrove, il giudice di pace», propone l'avvocato Ungaro «un giudice per quelle cause che non richiedono cultura giuridica, e dove non sono in discussione interessi rilevanti; le doti di umanità e di buon senso servono in certi casi più della conoscenza del diritto. Mi riferisco alle contestazioni di carattere matrimoniale; in Giappone c'è un magistrato che regola le dispute che sorgono in seno alla famiglia. E' necessario snellire l'apparato, e adeguarsi alle esigenze che sono mutate per ragioni morali, perché il costume si evolve, o per motivi pratici; oggi i mezzi di comunicazione sono tanto sviluppati, e non si capisce perché, nella sola provincia di Cuneo, si debbono mantenere in funzione otto tribunali. E non va dimenticato che mentre in Inghilterra c'è solo una istruttoria sommaria e poi si va al dibattito, da noi se ne fanno ben quattro: polizia, pubblico ministero, giudice istruttore, e infine il processo».

«C'è poi nella Magistratura, in questi ultimi tempi, uno zelo epurativo che non sembra opportuno; pare che il motto del giorno sia: "Bisogna moralizzare". Si scandalizzano perché il professor Marotta, l'alto funzionario che dirigeva la Sanità, con l'autorizzazione del ministro, disponeva di un'auto pure non essendo più in servizio, quando tra di loro, i gradi II, godono dell'automobile a vita. Poi, fra l'unione e l'associazione, i due organismi che raggruppano i giudici, ci sono forti contrasti, e anche questo non contribuisce a rasserenare l'ambiente».

«Il processo — dice l'avvocato Adolfo Gatti — dovrebbe essere un dialogo fra due persone, e una terza che giudica. Da noi, nel periodo più importante, quando s'inizia l'indagine, la difesa è lasciata fuori. Io penso con ammirazione agli Stati Uniti, dove la Corte è rappresentata da un uomo seduto in alto, più in alto di tutti, su un banco di legno scuro, e gli altri stanno dietro un lungo tavolo, l'imputato e il suo patrono, e il Pubblico Ministero, e tutti sono uguali. Non è scenografia, è la rappresentazione di un atteggiamento spirituale. Gli italiani hanno, anche in materia di legge, il complesso del suddito; ma, bisogna ammetterlo, dal 1945, il cittadino ha conquistato una maggiore coscienza del suo diritto».

Forse la Giustizia si può ancora rappresentare con la grande e maestosa dama effigiata nelle aule dei tribunali, una rotonda signora che, con molta fierezza, alza la spada, e mostra come il peso sia esatto, ma c'è chi si aggrappa minaccioso alle sue vesti, e l'arma è un po' arrugginita dal tempo; è facile, se non si provvede, farle perdere l'equilibrio.

Enzo Biagi

La Stampa
20 gennaio 1966, pag. 9

Su richiesta di decine di lettori e di ricoverati

Visita al manicomio di Collegno

Un ospedale troppo vecchio e sovraffollato: 1960 uomini rinchiusi in tetre camerate; casi che turbano la coscienza e il cuore - Parecchi, soprattutto gli anziani, dovrebbero trovare ricovero altrove - I reparti agitati - In difficili condizioni i medici fanno l'impossibile: aboliti la camicia di forza, l'elettrochoc, le operazioni al cervello - La terapia del lavoro, purtroppo, è limitata al 40 per cento dei ricoverati - Triste destino dei ragazzi deficienti sopra i 14 anni: nessuno li vuole, tutti finiscono in manicomio

Abbiamo ricevuto parecchie lettere scritte da parenti di ricoverati nell'ospedale psichiatrico di Collegno. Ci invitavano a proseguire l'inchiesta iniziata con la visita al manicomio femminile di via Giulio e a non soffermarci unicamente nelle sezioni migliori, ma a spingerci alla 7, alla 9, alla 11, alla 14 «per constatare la reale situazione dell'ospedale e dei suoi abitanti».

Di Collegno — perimetro del muro di cinta oltre 3 chilometri e mezzo — crediamo di aver visto tutto: il bene e il male, i malati (con i quali abbiamo parlato liberamente) e i registri. La visita, compiuta ieri, è durata quasi quattro ore. Il direttore sanitario degli ospedali psichiatrici della provincia prof. De Caro e il direttore di quello di Collegno prof. Mossa ci hanno aperto tutte le porte che abbiamo indicato.

Cominciamo dalle cifre: 1960 ricoverati, 15 medici, 430 infermieri, 20 sezioni, tutte al completo tranne due che hanno qualche letto libero. L'insieme degli edifici si snoda tra ampi porticati e giardini con alberi, aiuole, panchine. Nucleo centrale, la «Certosa», sorta nel 1642; le altre costruzioni risalgono al 1875-'85.

Basta questo per rendersi conto dei difetti di Collegno: anzitutto la vetustà. I criteri di un tempo hanno dato vita a sezioni per 100 malati ciascuna, che non prevedevano nè adeguati servizi igienici, nè locali di soggiorno. L'aumento dei malati, le nuove esigenze, il mutare dei costumi, hanno costretto ad accrescere il numero dei letti fino a un massimo di 150 per sezione, rosicchiando spazio ovunque si poteva. Il secondo difetto di Collegno è l'affollamento.

I servizi igienici sono insufficienti, malgrado le migliorie; luoghi di soggiorno non esistono (durante l'inverno i malati sono costretti a sostare in refettorio); i parlatori per l'incontro con i parenti sono ridotti al minimo. Non ci sono depuratori d'aria.

Ma esiste un ampio bar, dove i ricoverati possono riunirsi ogni sera dalle 19 alle 23; c'è un apparecchio televisivo per ogni sezione; un teatro, una biblioteca con 8 mila volumi, una moderna centrale termica capace di alimentare un intero paese. I parenti possono visitare i malati quando vogliono.

Pochissimi, a differenza di quanto accade in Svizzera, gli armadietti per la custodia degli effetti personali. In compenso i malati possono tenere con sè l'orologio, gli occhiali, l'anello. Ne abbiamo visti parecchi (nel reparto osservazione) intenti a farsi la barba.

Non sono posti limiti alla corrispondenza nè alla lettura. Uno dei malati della sezione «lavoratori» a vederci ha gridato: «*Viva Mariotti; ma ditegli che qui nessuno ci fa iniezioni per farci morire*». Segno che questo mondo, per quanto triste, deprimente, squallido, non è tagliato fuori dalla vita. Un altro ci ha detto: «*Dica a* "*Specchio dei tempi*" *che tutte le volte che sono entrato qui mi hanno fatto guarire*».

Ogni sezione ha la forma di un «T». Sul lato trasversale il refettorio, finestre altissime, muri malconci, tavoloni e panche; in quello perpendicolare le camerate. I letti distano 50-70 centimetri; sono di ferro, come i tavolini da notte. Non ci sono brande.

Entriamo nelle sezioni 1, 3, 5. I medici conoscono i malati ad uno ad uno; i loro problemi e le loro manie. «*Quando mi manda a casa?*». Forse ci torneranno presto le due reclute inviate qui perchè piangevano tutto il giorno. Ma non certo i vecchi ricoverati per «*demenza senile*», dispettosi, turbolenti, o soltanto incontinenti. Dice il dott. Mossa: «*I vecchi, ecco l'elemento che affolla i manicomi. Li guardi: non sono pericolosi. Hanno bisogno soltanto di un'assistenza generica in istituti adatti. Le famiglie non li vogliono, le case di riposo li rifiutano perchè si sporcano. Che fare? Una volta stavano al Cottolengo. Adesso affollano i manicomi; ovunque c'è un letto libero, si trova un vecchio che starebbe meglio altrove*».

Passiamo alle sezioni 7, 9, 11 dove ci sono, con i deficienti gravi che devono essere imboccati, i «sudici». Molti fra gli idioti avrebbero soltanto bisogno di spazio per correre ed esaurire la loro energia. Altri, soprattutto gli anziani, non padroneggiano più i loro stimoli: nelle sezioni 9 e 11 le lenzuola vengono cambiate anche 3 volte in 24 ore. La lista della lavanderia parla chiaro: 300 lenzuola ogni giorno. Gli infermieri non fanno a tempo a pulire i pavimenti, che già sono imbrattati. Da notare che parecchi fra questi «incontinenti», grazie alle cure sono migliorati. «*In tutto l'ospedale* — dice il prof. Mossa — *abbiamo soltanto 5 piaghe da decubito: spendiamo un milione ogni anno in polveri e pomate, ma il risultato ci conforta*». Odore cattivo? In confronto alla miseria di qui dentro, nemmeno troppo.

Ed eccoci alla sezione «*agitati*». Nessuno è a letto, tranne un ragazzo «*coprofago*» (mangiatore di sterco) e altri due che hanno l'influenza. «*Contenzione?*» dice il prof. Mossa. «*In tutto l'ospedale, su 2 mila malati, ne abbiamo meno di una trentina che talvolta devono essere* "*contenuti*", *e soltanto quando il medico lo decide, perchè lacerano lenzuola e vestiti, graffiano se stessi e gli altri, si gettano contro le pareti*».

Andiamo a vedere i «*contenuti*»; hanno una fettuccia al polso, ma possono alzare le braccia per una trentina di centimetri; due soli hanno fettucce anche ai piedi. Un sedicenne, che appena ha le mani libere si sfigura la faccia, e che emette di continuo grida inarticolate, è in refettorio con gli altri: porta guanti di pelle con un solo dito; uno schizofrenico lo tiene per un braccio, affettuosamente.

Osserva il prof. De Caro: «*Una volta la* "*contenzione*" *era di regola, e più si legavano i malati, più quelli diventavano agitati. Adesso ci sono altri sistemi, la medicina ha fatto enormi progressi. Quasi più nessun* "*elettrochoc*", *scomparsa la terapia chirurgica* (*lobotomia*), *lo choc da insulina, la camicia di forza, il letto di contenzione. I malati li curiamo con i farmaci che possono contribuire al miglioramento della loro salute: dai cardiotonici ai disintossicanti, dalle vitamine ai ricostituenti, alla cura del sonno*».

Passiamo fra gli agitati. Nessuno ci sembra imbambolato. «*Come fate a tenerli tranquilli?*». Risponde il prof. Mossa: «*Curandoli, parlando con loro, cercando sempre di ascoltarli, non spaventandoli mai con sistemi crudeli e sorpassati. E' quando proprio occorre calmarli, cloropromazina e aloperidolo, che non sono soltanto sedativi, ma esercitano un reale miglioramento sulle loro condizioni*».

Le inferriate alle finestre ci sono, ma chiunque volesse fuggire ha cento modi per farlo. Le evasioni non sono infrequenti, ma non preoccupano. Per Natale 257 malati di mente sono andati a casa loro sotto la responsabilità dei medici.

Ancora una sezione che stringe il cuore, la 10, dove si trovano i ragazzi idioti che hanno compiuto i 14 anni. «*Il loro posto non è qui* — dice il prof. Mossa — *ma le famiglie non sanno che cosa farne, nè come curarli. Occorrono istituti appositi per i deficienti adulti, come per i vecchi. Allora si vedrebbe che i posti per i veri malati di mente non sono così insufficienti come si dice; e si potrebbero curare meglio*».

Sezione 8, alcoolisti. Sezione 2 e 4, lavoratori. Qui si respira un'aria diversa, quasi di una comune collettività. E' l'ora della cena, oltre alla pasta fagioli, formaggio, verdura e patate, i lavoratori che hanno trascorso tutto il giorno in cascina, falegnameria, sartoria, calzoleria, ricevono anche un bicchiere di vino e due uova con purea. Alla fine della settimana avranno «il salario». Sono puliti, il refettorio risuona di chiacchiere, le camerate sembrano quelle di un collegio. Ancora la sezione 6: doveva essere di «*preparazione al lavoro*», la tirannia dello spazio ha fatto fallire l'esperimento. «*Lergoterapia* — precisa il prof. Mossa — *è condimento della terapia medica. In Olanda il 90 per cento dei ricoverati lavorano; qui ne possiamo avviare al lavoro soltanto il 40 per cento*».

La visita si conclude con uno sguardo alla sala operatoria, all'apparecchio per encefalogramma, al gabinetto dentistico (in un anno l'ospedale ha fornito protesi per un milione ai ricoverati), alla cucina, alla chiesa. I medici affermano: «*L'edificio è quello che è, noi abbiamo cercato di compensarne le deficienze istituendo reparti aperti, reparti per bambini — come la Villa Azzurra che è un modello del genere — e per vecchi. Opera pia e Provincia hanno progettato un nuovo ospedale per 500 posti, presto si aprirà il geronfocomio femminile, e in un prossimo futuro l'astanteria. Il ministro Mariotti ha fatto bene a mettere il dito su certe piaghe: noi pensiamo di aver già proceduto, ovunque possibile, la nuova legislazione. Ma occorre che tutta l'organizzazione sia rinnovata. Soprattutto che i manicomi siano sgomberati dei soggetti che per il loro stesso bene dovrebbero trovare assistenza altrove*».

Gabriella Poli

La Stampa
10 agosto 1966, pag. 10

Nuova legge votata dal Parlamento di Stoccolma

Nella Svezia invece dei manicomi cliniche con porte sèmpre aperte

E solo chi vuole si farà curare - Entro l'anno prossimo tutti gli ospedali psichiatrici vecchio tipo dovranno scomparire, non sarà più ammesso trattare la pazzia diversamente dalle altre infermità - Le cliniche dovranno avere palestra, cinema, sala da ballo, offrire al paziente un ambiente reale - Le difficoltà sono molte, ma l'esperienza già compiuta in istituti-guida sembra dar ragione agli innovatori

(Nostro servizio particolare)

Stoccolma, agosto.

La parola manicomio (brutto termine che esiste purtroppo anche in svedese) diventerà presto antiquata quanto «lebbrosario» o «lazzaretto» quando entrerà in effetto la nuova legge approvata recentemente dal Parlamento svedese. Con questa legge, basata sulle esperienze degli ultimi anni, verrà definitivamente condannato a morte l'ospedale psichiatrico.

Le esperienze della Svezia possono insegnarci qualcosa. Nel 1945 si parlava qui, come ora in Italia, di ospedali sopraffollati, di camicie di forza e di leggi disumane. Oggi, la Svezia possiede più di 30.000 letti per malati mentali, cioè, oltre un terzo di quelli esistenti in Italia (si noti che la popolazione svedese è appena un settimo della nostra) e ventuno nuovi ospedali psichiatrici sono stati costruiti negli ultimi otto anni. Con questa fase diciamo di «ricostruzione» la Svezia ha potuto ovviare alla deficienza degli anni 1940-45. Arrivati a questo punto ci si è accorti di qualcosa che non si era potuto prevedere, cioè, il numero dei posti letto cominciava ad abbondare e per un momento sembrò perfino di aver esagerato nel costruire nuovi ospedali. Da che cosa dipendeva questo fatto? In primissimo luogo dalle nuove cure praticate negli ultimi dieci anni, cioè dall'avvento della psicofarmacologia. Oltre a questo, altri fattori puramente organizzativi o psicologici sono intervenuti qui come altrove.

Come è organizzato un ospedale psichiatrico svedese «medio», per esempio quello di Sidsjön a Sundsvall, la più ricca cittadina del Nord?

L'ospedale è stato costruito 20 anni fa e viene perciò considerato vecchiotto, tuttavia può servire da esempio. I pazienti di Sidsjön sono 700 e i posti disponibili circa 720. Il direttore, il dr. Börje Lassenius, nominato capo di questo ospedale all'età di 35 anni (l'età media dei primari è sotto ai 40 e quella della pensione 65), è uno degli psichiatri svedesi più moderni e uno dei promotori della nuova legge sulla scomparsa degli ospedali psichiatrici.

Nell'ospedale del dott. Lassenius esiste un solo reparto chiuso, dove ai pazienti non è permesso di uscire ed entrare a piacimento. Ed è quello dei malati senili. Chi visita l'ospedale non trova nè muri di cinta, nè reti metalliche. Basta una siepe a racchiudere il grande parco. Non esistono sbarre alle finestre, ma solo in certi reparti le finestre sono divise in tre o quattro sportelli.

Come si entra all'Ospedale di Sidsjön? Con un nuovo paragrafo della legge del 1960, conosciuto da tutti gli svedesi come il famoso «paragrafo 55» chiunque può essere ammesso in ospedale psichiatrico senza formalità. Non si richiede neppure una firma. Basta una semplice richiesta (anche telefonica) di un medico. Il paziente, entrato volontariamente, può uscire dall'ospedale quando gli pare, anche un minuto dopo il ricovero.

La legge svedese, come quella italiana, vieta di trattenere in ospedale un malato non mentale contro la propria volontà, supponiamo un malato che non voglia sottoporsi ad un'operazione. Perché dunque, si chiedono gli svedesi, trattenere forzatamente un malato di mente? E' un problema grave, si capisce, non solo per il numero di pazienti che potrebbero così sottrarsi volontariamente alle cure ma anche per i gravi incidenti che potrebbero derivare. La nuova legge svedese contempla perciò per i casi estremi (in cui l'ammalato possa danneggiare se stesso o gli altri) da una parte l'uscita immediata a richiesta ma dall'altra un nuovo ricovero forzato dopo esame del perito psichiatrico. In due città svedesi, a scopo sperimentale, sono già state applicate le nuove disposizioni per un periodo di un anno e i risultati sono stati sorprendenti: maggior numero di pazienti ricoverati «precocemente», cioè prima che i sintomi della malattia fossero tali da mettere in pericolo la vita del paziente o quella del prossimo, quindi migliori risultati terapeutici e meno incidenti (suicidi, interventi della polizia, ecc.).

Quanto costa allo Stato (per il paziente le cure sono gratuite) un ricoverato psichiatrico in Svezia? In media 9000 lire al giorno. Il prezzo può sembrare alto ma bisogna tener conto che non esistono camerate comuni, solo stanze a 4 o 2 letti.

I servizi ed i *comforts* sono paragonabili a quelli di un pensionato italiano di prima categoria. Oltre a questo, un'infermiera diplomata ha uno stipendio di 220 mila lire mensili (340 mila un giovane medico assistente e 420 mila il direttore d'ospedale, entrambi impiegati a tempo pieno). Tali alti costi vengono però limitati dalla degenza accorciata mediante l'efficacia delle cure. Il tempo medio di degenza è diminuito grosso modo della metà negli ultimi dieci anni e si è ridotto a meno di 45 giorni per le schizofrenie e sotto al 40 per le depressioni. La permanenza in ospedale è resa più sopportabile dal fatto che il 95 per cento dei pazienti viene occupato con qualche lavoro.

Tutti gli ospedali sono attrezzati con palestre, cinema, sale da ballo e i più moderni con piscine. L'avvicinamento tra i due sessi viene molto incoraggiato. A Sidsjön quattro nuovi reparti sono misti, cioè hanno pazienti maschili e femminili. Non esistono barriere vere e proprie tra reparti maschili e femminili ed ai pazienti di diverso sesso è concesso di farsi visita liberamente. Ogni sabato non manca il regolare ballo con orchestra. Programmi di radio e televisione interna, corsi di lingue, di cucina, di danza, modernissimi negozi di pettinatrici, di dolciumi e di libri sono la regola. Non solo vengono organizzate escursioni nei dintorni e visite scambio tra i diversi ospedali psichiatrici svedesi e norvegesi ma anche vacanze all'estero. Ogni anno, a Gabicce Mare, sulla nostra costa adriatica, due grandi alberghi si riempiono di ammalati mentali svedesi (per lo più persone con lunga degenza e forme gravi di schizofrenia) che si alternano in turni di 15 giorni.

Una parte dei pazienti prima di essere dimessa completamente viene smistata alle cosiddette «day clinic» in cui il paziente soggiorna solo di giorno e va a casa a dormire. Un'altra parte dei pazienti viene mandata appena possibile ai cosiddetti «posti di lavoro protetti», cioè officine con personale specializzato aventi attigui pensionati. Grazie a queste iniziative la capacità di ricambio degli ospedali è aumentata notevolmente.

prof. Ezio Giacobini
Docente di neuro-psicofarmacologia dell'Università di Stoccolma

Astrolabio,
3 novembre 1968, pagg. 32-33

Un'Assemblea della "comunità terapeutica" di Gorizia

PSICHIATRIA

i delitti di basaglia

Gorizia, Ottobre. Un medico processato a Milano per la morte di un'ammalata sul letto di contenzione ed un altro incriminato a Gorizia per aver dimesso un ricoverato che, rientrato in famiglia, ha poi ucciso la moglie. L'imputazione per omicidio viene formulata in entrambi i casi: in quello di Villa Turro nel quale è imputato il dott. Franco Ciprandi, e in quello di Gorizia, in cui si contesta al dott. Franco Basaglia di aver dimesso prematuramente un ammalato, benché questi avesse più volte manifestato le sue intenzioni omicide.

Per scarico di coscienza o per zelo archivistico, la società ha sempre bisogno di trovare un capro espiatorio. Nel processo di Milano, durante l'ultima seduta del tribunale, l'attenzione dei giudici si è spostata su di una suora-infermiera, precedentemente assolta, che non avrebbe *stretto abbastanza le cinghie* del letto di contenzione, per cui la degente "lasciata troppo libera nei movimenti, aveva finito per infilare la testa fra il letto e la cintura, formando con quest'ultima e con il suo braccio destro un cappio che l'aveva strangolata". Invece di fare il processo ai metodi crudeli ed antiquati della psichiatria tradizionale, la Magistratura si è limitata a cercare di stabilire le colpe degli esecutori che, lavorando in una "istituzione chiusa", operano con i mezzi di bordo.

Ma questa volta, nel processo che si vorrebbe istruire a Gorizia, è messa in causa l'azione liberatrice della giovane scienza medica. L'obiettivo è colpire l'*équipe* che nel '61 incominciò a formarsi intorno al dott. Franco Basaglia, veneziano di 43 anni direttore del locale Ospedale Psichiatrico e protagonista della battaglia anti-istituzionale e anti-psichiatrica. Non bisogna perdere di vista il fatto che, nonostante alcuni energici sussulti che negli anni recenti hanno scosso il granitico universo manicomiale, l'Italia lamenta sempre ospedali psichiatrici fra i più arretrati d'Europa. Al recente congresso di psichiatria a Milano l'esperienza del gruppo goriziano e di altri analoghi ha suscitato l'adesione e la solidarietà di molti congressisti specie fra i più giovani, ma si devono tuttavia continuare a combattere difficili battaglie per modificare molte situazioni aberranti.

La comunità di Gorizia. Parliamo con Basaglia e con due suoi collaboratori, i dottori Giovanni Jervis ed Antonio Slavich, nello studio del Direttore di quest'Ospedale situato sulla linea di frontiera con la Jugoslavia, in una specie di terra di nessuno come quella in cui le correnti d'opinione più conservatrici o più disinformate vorrebbero mantenere le nuove correnti terapeutiche. Oltre a Franco Basaglia ed ai collaboratori già citati fanno parte del gruppo di Gorizia anche i medici Lucio Schittar, Agostino Pirella e Domenico Casagrande; Franca Basaglia Ongaro, studiosa di sociologia, e la psicologa Letizia Jervis Comba. Intorno all'*équipe* inoltre ruotano numerosi collaboratori saltuari. "Per incominciare – dice Basaglia – si sbaglia con il personalizzare l'azione che è in corso a Gorizia, perché parlando in prima persona mi attribuirei meriti che non sono miei. Dal punto di vista medico siamo un gruppo, così come lo siamo da un punto di vista infermieristico e da quello dei degenti. La nostra speranza è che tutti questi gruppi finiscano per rappresentare una vera comunità".

Cerchiamo di saperne di più sull'uomo che ha ucciso, ma i medici sono inflessibili, il riserbo professionale ha in loro il sopravvento, ed è attraverso altre fonti che otteniamo il ritratto molto approssimativo di A.B.M., "contadino ricco" del goriziano, sulla sessantina, padre di tre figli, clinicamente definito psicopatico. Dopo il delitto, l'omicida è stato portato in carcere, dove è rimasto diversi giorni totalmente tranquillo prima di venire "calato" al manicomio criminale di Reggio Emilia, un vero girone infernale.

"Posso dire soltanto che ho creduto di comportarmi nella prassi della deontologia medica...", dice Basaglia. E aggiunge che il paziente era "stato dimesso in esperimento" dopo due anni che si tentava di stabilire un legame fra l'Ospedale e la famiglia. La dimissione in esperimento – ci precisa Slavich – s'usa del resto anche negli ospedali chiusi. Quello di Gorizia è appunto il primo ospedale italiano per malattie mentali ad essere completamente *aperto*, dove cioè non si praticano i metodi oppressivo-carcerari dei manicomi tradizionali ed in cui i medici rifiutano il ruolo di docili secondini esclusori per il quale la società li forma e li compensa. L'apertura dell'ultimo reparto, il *C. donne*, avvenne il 22 novembre 1967. E, in quell'occasione, il direttore del centro ebbe a dire: "Quando si apre si è veramente pazzi, perché in pratica non sappiamo bene quel che succederà; d'altra parte una certa pazzia è sempre all'origine di ogni rovesciamento pratico".

"Violenza tecnicamente prevedibile". Basaglia continua a spiegarci che "il fatto che un ex-degente o un degente migliorato possa commettere un atto di violenza o un delitto, spesso è tecnicamente tanto prevedibile quanto un reato qualsiasi, commesso da un ex-carcerato o da un *sano di mente*". Se statisticamente risulta che il ricovero in Ospedale Psichiatrico di un soggetto affetto da disturbi psichici non è tanto legato alla gravità della malattia, quanto al grado di esclusione da parte dell'ambiente e della famiglia, è chiaro che lo psichiatra non può limitarsi ad agire soltanto sulla malattia, ma anche sull'esclusione familiare ed ambientale di cui il malato è l'oggetto. "Nell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia – continua il medico veneziano – è stato scelto un tipo d'azione che, originariamente, tendeva a ricomporre all'interno dell'istituzione psichiatrica una dimensione umana perduta ed abbandonata al di là delle sue mura. Ma la cura del malato mentale non può muoversi che a due livelli: 1) la lotta contro la malattia come fatto biologico (sostenuta dalle terapie farmacologiche e quindi controllabile all'interno dell'istituzione); 2) la lotta contro la malattia come fatto sociale; dal momento che il ruolo del malato mentale si presenta ancora ambiguamente confuso con quello dell'*uomo di troppo* che crea problemi familiari e sociali e la cui unica soluzione immediata viene facilmente a coincidere con la sua esclusione sociale e la sua segregazione.

In questo senso la nostra azione terapeutica tendeva, attraverso cure farmacologiche e attraverso la creazione di un ambiente comunitario dove l'ansia – che caratterizza in parte la malattia mentale – possa essere diluita e distribuita fra i vari componenti le comunità, a creare una nuova immagine del malato mentale come persona curabile e ricuperabile, per la cui riabilitazione il rapporto con il mondo esterno da cui è stato escluso risulta vitale e determinante. In questo contesto si inscrivono i passi graduali (mantenuti nei termini della legge) adottati per il progressivo ristabilimento dei rapporti fra la società esterna e i malati della Comunità terapeutica di Gorizia. In questo contesto si inscrivono anche i tentativi di riavvicinamento fra malati e famiglia avvenuti con misure precauzionali che vanno dalla tutela di un medico e di infermieri, fino alla sola assistenza dei familiari che se ne rendono garanti".

Una situazione di paura. Senza essere inquieti oltre misura, i medici di Gorizia sono consci dell'ostilità che la loro azione suscita in certi ambienti. Sono pure coscienti della cattiva qualità di certe adesioni da dame patronesse, del "basaglismo" che ha colto subitamente certi ambienti sempre alla moda e del pessimo servizio che questi apporti rendono alla comprensione del grande impegno del gruppo goriziano. Anche il recente omicidio viene valutato per quello che è: grave, tragico per i suoi protagonisti, ma non tale da invalidare tutto un orientamento terapeutico. Basaglia stesso dice: "Il nostro interesse è che questo caso non influisca sulla nostra comunità. L'opinione pubblica locale torna a vedere l'ospedale come una situazione di paura e non più come una situazione di cura, mentre noi avevamo creato in sette anni un ambiente nel quale il medico potesse soltanto esercitare la sua professione. Ora questo *caso* mette in crisi sia i dimessi che gli altri che tornano a considerare i dimessi come pericolosi potenziali". Giovanni Jervis aggiunge che le ripercussioni del caso hanno generato fra i 500 ricoverati una certa ansia. "Si è avuta un po' di crisi: per certuni addirittura peggioramento clinico e si è arrivati in qualche caso sino a vere e proprie depressioni". I degenti sentono che aumentando la sfiducia del mondo esterno verso l'ospedale si fa sempre più remota per loro la possibilità di abbandonare l'isola degli esclusi, l'esigua area di dannazione sulla quale i sani li obbligano a vivere.

MARIO DONDERO ■

Gentile Direttore, La ringrazio per l'articolo su Cividale pubblicato nell'ultimo numero dell'*Astrolabio*, il quale contribuisce a chiarire gli avvenimenti nel loro rapporto non solo con la psichiatria tradizionale ma anche con l'ambiente locale cividalese. Desidero tuttavia fare una precisazione: quanto dice il vostro corrispondente Mario Dondero circa il ricovero in manicomio dei degenti è rimasto fortunatamente solo nelle intenzioni della polizia e degli amministratori cividalesi; abbiamo infatti impedito che ciò avvenisse, mostrando le gravissime conseguenze di questo atto nei confronti di persone che erano affidate alle nostre cure e non alle cure della polizia.

Tutti i degenti hanno fatto ritorno alle loro case con mezzi propri. Lo *staff* terapeutico ha lasciato il luogo solo quando l'ultimo degente è partito per ritornare a casa.

Assicurarci di questo faceva del resto parte di un nostro preciso dovere.

GIORGIO ANTONUCCI, ■
assistente del prof. Cotti

Gorizia: la terapia di gruppo

Corriere della sera,
8 febbraio 1969, pag. 10

SETTE MEDICI PER OTTOCENTO AMMALATI

Colorno: il manicomio contestato

L'occupazione degli studenti ha creato un clima di tensione dannoso per i ricoverati - Potrebbero avvenire disordini difficilmente controllabili - Resta però il problema dell'inadeguatezza funzionale dell'istituto

DAL NOSTRO INVIATO SPECIALE

Parma 7 febbraio, notte.

Continua l'occupazione dell'ospedale psichiatrico di Colorno da parte di un centinaio di studenti di Parma. Contestazione nel manicomio, dunque. Ma quella che potrebbe sembrare una manifestazione fine a se stessa o con lo scopo di fare del clamore è in realtà la denuncia della pesante situazione dell'ospedale psichiatrico di Colorno e, per chi conosce cosa avviene nei manicomi italiani, la denuncia di una situazione più generale.

A Colorno vi sono oltre ottocento ricoverati e appena sette medici. Nessuna «legge stralcio» potrà far funzionare questi luoghi di pena più che di cura e non potrà essere attuata alcuna psicoterapia moderna con sette medici e oltre ottocento malati.

Stato di abbandono

Il discorso sulla inadeguatezza delle strutture, dei mezzi, del personale negli istituti psichiatrici italiani (salvo rare eccezioni) comincia a diventare frusto; la denuncia nei congressi, sui giornali, lascia ormai l'opinione pubblica e i politici indifferenti. Non fa più notizia, non è più scioccante la rivelazione dello stato di abbandono in cui versano gli ospedali psichiatrici in particolare. Dunque, non meravigliamoci se nel colpire alla cieca, la contestazione studentesca oltre ad assaltare istituzioni valide colpisca anche quelle che vanno realmente contestate. Ma, sopra tutto, non meravigliamoci, nel caso di Colorno, che agli studenti si uniscano i malati nel protestare. Come non dovremo meravigliarci se, un giorno, i malati di mente usciranno dagli ospedali per venire a protestare in piazza.

Tuttavia l'occupazione studentesca dell'ospedale di Colorno rischia ora di causare dei danni fisici agli ammalati. Il clima di tensione, di agitazione, certamente non è favorevole alla salute mentale di gente che ha già dentro, come malattia, tensioni e agitazioni.

Il dottor Maini, vice-direttore dell'ospedale, ha stamane smentito che sia stato impedito ai medici di entrare nell'istituto, ma sopra tutto ha escluso che siano avvenuti incidenti fra i malati. Comunque, nessuno ha smentito che ci sarebbe stato un tentativo di suicidio da parte di un degente.

I medici continuano ad entrare ed uscire dall'ospedale quando vogliono. E ciò è vero, ma nell'atmosfera di discussioni, di polemiche, di assemblee che ormai coinvolge studenti, personale infermieristico, malati e gli stessi medici, è ben difficile continuare a svolgere quel poco di attività specialistica che è possibile fare con un numero così alto di pazienti. A ciò si aggiunga la tensione che esiste all'esterno dell'ospedale, cioè fra i parenti dei malati, i quali sono in gran parte inferociti contro gli studenti che stanno «violando» il loro segreto di genitori, madri, mogli, figli di malati mentali.

Stamane gli studenti vendevano fotografie scattate all'interno dell'ospedale: le fotografie dello squallore. C'è stato qualche accenno a scontri fra alcuni familiari dei degenti e qualche studente, spentisi, fortunatamente sul nascere. Tutti si rendono conto che la situazione è preoccupante e che basta ormai una qualsiasi scintilla perché degeneri. E stavolta non si tratterebbe del solito tafferuglio fra studenti e polizia: vi sono ottocento persone che sarebbe difficile controllare.

Imbarazzo del PCI

Il direttore dell'ospedale, professore Tomasi, è assente, perché indisposto; resta sulla breccia la sparuta *équipe* di medici con il vice-direttore Maini e fortunatamente, fra gli studenti vi sono molti giovani di buonsenso che si rendono conto della drammaticità della situazione e tengono a bada quelli fra loro che meriterebbero di rimanere nell'ospedale per lungo tempo, ma come pazienti.

Il personale infermieristico è combattuto fra il desiderio di unirsi ai contestatori studenti e malati e le direttive del partito (molti sono comunisti) di non provocare disastri che nuocciano al buon nome del PCI. L'ospedale, infatti, dipende dalla amministrazione provinciale che è comunista.

I comunisti, d'altronde, sono disturbati da questa contestazione che a Colorno è scomoda perché colpisce proprio una istituzione da loro amministrata. L'assessore Tommasini ha detto: «Da tempo vogliamo potenziare lo ospedale di Colorno. E' colpa della burocrazia romana se a Colorno le cose funzionano male. Con i mezzi a disposizione è stato fatto tutto ciò che era possibile, fino a oggi». Ora dovrebbero arrivare a Colorno altri tre psichiatri, da Gorizia, allievi del professor Basaglia. I tre allievi di Basaglia, fautore in Italia degli ospedali aperti, dovrebbero portare una «ventata nuova».

Il ministro della sanità si è tempestivamente interessato al problema dell'ospedale di Colorno, inviando l'ispettore dottor Giovanni Mola, il quale conosce molto bene la situazione sanitaria del Parmense. Infatti, per quattro anni, il dottor Mola ha ricoperto la carica di medico provinciale a Parma. Egli si è incontrato col direttore dell'ospedale, con gli studenti, con i degenti, con gli infermieri, con i medici, con l'assessore Tommasini e con il prefetto ed è ripartito per Roma con una documentazione della situazione in atto.

La legge Mariotti

Come abbiamo già pubblicato nei giorni scorsi, l'assemblea dei degenti, studenti, infermieri e alcuni medici aveva, all'unanimità, approvato un documento con il quale si è chiesto, fra l'altro, la co-gestione dell'ospedale psichiatrico, il diritto alle assemblee ed inoltre la possibilità di riunione fra uomini e donne all'interno dell'istituto, l'aumento dell'organico dei medici, dando la preferenza a medici giovani, una maggiore qualificazione del personale infermieristico, la possibilità di poter disporre di fiammiferi e accendini, l'abolizione della sveglia alle sei e l'abolizione delle sbarre alle finestre.

La legge-stralcio Mariotti già prevede l'attuazione, negli ospedali psichiatrici, di alcune di queste richieste. Il ministro Ripamonti, da parte sua, è molto sensibile al problema degli ospedali psichiatrici, come ha dimostrato in occasione dell'assemblea dell'AMOPI, svoltasi recentemente a Roma. Anche la giunta provinciale di Parma, riunitasi ieri l'altro, ha accolto alcune richieste dei protestatari, come la partecipazione alla gestione e il diritto all'assemblea; ha infatti stabilito che i ricoverati potranno partecipare alla gestione dell'ospedale con assemblee di reparto e assemblee generali. E' stata anche concessa la riunione fra uomini e donne ed autorizzato che le porte vengano aperte e le sbarre abolite; così come sono state accolte altre richieste minori.

Ma l'occupazione e la contestazione, nonostante questa prima dimostrazione di buona volontà da parte delle autorità, continuano. Ora dovrebbero essere gli studenti ad avere il buonsenso di ritirarsi ordinatamente prima che accadano disordini.

Bruno Lucisano

Corriere della sera,
14 febbraio 1971, pag. 11

AUMENTANO I DELITTI DA FOLLIA: TALVOLTA SI DA' LA COLPA AI MEDICI

Chiesta l'incriminazione di Basaglia

LE CONTRADDIZIONI DELLA SOCIETÀ

La notizia della richiesta di incriminazione del professore Franco Basaglia è destinata a suscitare molte polemiche tra i fautori dell'« ospedale aperto » e i residui paladini del « manicomio chiuso ». Un eventuale processo contro Basaglia sarebbe, infatti, un duro colpo per tutti coloro che sperano in un avvenire più civile e umano per l'assistenza psichiatrica italiana, poiché il principio della responsabilità penale del medico curante è uno degli spauracchi sui quali si tiene in piedi il barbaro e violento sistema custodialistico delle « istituzioni totali ».

Un nostro recente viaggio nei manicomi della Penisola ci ha messi di fronte a realtà raccapriccianti, delle quali abbiamo dato conto su questo giornale. Uomini rinchiusi a vita fra le sbarre e la sporcizia, bambini anchilosati dal letto di contenzione, donne intontite dalle bastonature chimiche degli psicofarmaci, migliaia di esseri umani abbrutiti dalla reclusione, rovinati per sempre da istituzioni che, dietro la facciata di iniziative terapeutiche, nascondevano una realtà peggio che carceraria. All'indignazione del visitatore, i medici e gli infermieri contrapponevano una giustificazione ineccepibile: « Dobbiamo legarli perché se combinano qualche guaio la colpa è nostra. Non possiamo farli uscire perché se capita qualche incidente, chi ci va di mezzo siamo noi ».

Basaglia ha accettato il rischio. Ha abolito le sbarre e i letti di contenzione, ha dato responsabilità ai malati, li ha chiamati a contribuire alla vita dell'ospedale, ha voluto provare che un paziente, per guarire, deve innanzitutto imparare il mestiere di uomo. E gli uomini possono uccidere. Proprio in questi giorni leggiamo che una donna ha sgozzato la figlia (una bambina di dieci mesi) e poi si è ammazzata. Oggi un'altra signora, a Livorno ha ucciso le sue due bambine gettandole dalla finestra. Niente di clamoroso: la cronaca ci ha abituati a queste « tragedie della follia ». E resta ancora da stabilire se la gente uccide perché è pazza o è pazza perché uccide. E resta ancora da stabilire quanta della cosiddetta pericolosità dei pazzi dipenda dall'aggressione a getto continuo che essi subiscono nei manicomi.

Alberto Giovanni Miklus che, siccome ha soppresso la moglie, era pericoloso almeno quanto la signora di Livorno, non aveva probabilmente il diritto di uscire dall'ospedale psichiatrico di Gorizia, quella sera del settembre 1968. Né il professor Basaglia, secondo le leggi vigenti, aveva il diritto di farlo uscire. Ma le leggi vigenti consentono che migliaia di uomini siano imprigionati, torturati, spinti al suicidio, condannati alla morte civile nei manicomi. Di fronte alla legge e alla propria coscienza, dunque, il medico delle istituzioni psichiatriche deve risolvere un duro dilemma: o perpetrare direttamente e ipocritamente una serie di delitti condannando i pazienti a una condizione subumana, o subire le conseguenze delle proprie scelte civili, nel momento in cui restituisce al « pazzo » la possibilità di agire, di decidere e quindi anche di uccidere.

La scelta, purtroppo, è facile. Ed è un fatto che la maggioranza dei manicomi italiani siano ancora carceri pieni di sbarre e di letti di contenzione, dove ogni giorno si commettono crimini sotto l'ombrello benevolo della « dura necessità », funzionale ai sonni tranquilli della società sadica nella quale esercitiamo i nostri complici diritti. E' un fatto anche che l'assistenza psichiatrica in Italia tenda ad essere considerata un problema di ordine pubblico piuttosto che un problema di medicina e di giustizia sociale.

Stando così le cose non meraviglia affatto che il professor Basaglia rischi la galera per aver rifiutato di infliggerla ai suoi simili, poiché ogni conquista civile esige il sacrificio di chi la promuove. Meraviglierebbe, semmai, che la opinione pubblica accettasse senza sgomento la contraddizione di una società che premia Basaglia (a Viareggio) per i metodi esposti nel libro *L'istituzione negata* e poi lo condanna per aver applicato quei metodi accettando il rischio della libertà.

Giuliano Zincone

Lo psichiatra, noto per i suoi metodi terapeutici innovatori, mandò in «licenza» un pazzo - Ma questi, uscito dal manicomio, uccise la propria moglie

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE

Gorizia, 13 febbraio.

Probabilmente il professor Franco Basaglia, ex-direttore dell'ospedale psichiatrico di Gorizia, noto per i suoi metodi terapeutici innovatori, comparirà davanti ai giudici del tribunale, assieme a un altro medico del manicomio di Gorizia, per rispondere dell'omicidio colposo a proposito dell'uxoricidio compiuto da un ricoverato dell'ospedale durante una « licenza » in famiglia.

Con requisitoria scritta il procuratore della Repubblica ha chiesto al giudice istruttore del tribunale di Gorizia di dichiarare il non luogo a procedere — per incapacità di intendere e volere — nei confronti di Alberto Giovanni Miklus, di 64 anni, da Oslavia, un ricoverato dell'ospedale psichiatrico, che il 26 novembre 1968 — durante una breve « licenza » a casa — uccise a colpi di scure la moglie Milena Cristiancic, di 68 anni. Invece il pubblico ministero ha chiesto che il giudice, a conclusione dell'istruttoria, rinvii a giudizio, sotto l'imputazione di omicidio colposo, il professor Franco Basaglia, direttore dell'ospedale al tempo del fatto, e il dottor Antonio Slavich, medico del reparto dal quale il Miklus aveva ottenuto la « licenza » di uscire per parte della giornata. Evidentemente il pubblico ministero ritiene i due medici responsabili di aver lasciato libero, fuori dal manicomio, il Miklus, consentendo così allo stesso di poter uccidere la moglie.

Ora si attendono le conclusioni del giudice istruttore, che dovrà pronunciarsi sulle richieste del pubblico ministero; si attende cioè di sapere se ci sarà processo o no. Il professor Basaglia dieci anni fa instaurò nell'ospedale psichiatrico di Gorizia nuovi metodi terapeutici, facendo abbattere le reti che delimitavano i vari reparti e concedendo « licenze » ai ricoverati per permettere loro di fare delle passeggiate in città, accompagnati da infermieri, o per recarsi in famiglia. Un sistema nuovo che suscitò perplessità, ma anche molti consensi. Basaglia ha scritto dei libri illustrando questa sua esperienza. Da circa due anni Basaglia non è più direttore del nosocomio di Gorizia; prima trascorse un periodo di circa un anno in America, tenendo lezioni in varie università e successivamente assunse la direzione del manicomio di Parma. Anche dopo la sua partenza dall'ospedale psichiatrico di Gorizia si continua a praticare i metodi terapeutici introdotti da Basaglia.

Il Miklus, proprietario di una piccola azienda agricola, venne ricoverato per la prima volta all'ospedale psichiatrico nel 1951 e ne uscì nel '52, ma pochi mesi dopo tornò in manicomio dove rimase ininterrottamente fino al 1966, quando cominciò ad uscire saltuariamente, per licenze di pochi giorni o di ore, da trascorrere in famiglia. Il 26 settembre 1968 il Miklus, accompagnato da un infermiere, fece nuovamente ritorno a casa; avrebbe dovuto rientrare in ospedale in serata. Rimasto solo in casa con la moglie si avventò contro questa colpendola alla testa con una scure, uccidendola. Dopo il delitto l'uomo s'allontanò da casa e venne trovato dalla polizia due giorni dopo, nascosto in un boschetto, poco lontano dall'abitazione.

Dopo molti mesi si è giunti alle richieste del pubblico ministero e ora non resta che attendere le decisioni del giudice istruttore.

I. C.

Le Monde
16 febbraio 1971, pag. 36

APRÈS LE MEURTRE COMMIS PAR UN DE SES MALADES

Un « antipsychiatre » italien risque d'être inculpé

(De notre correspondant.)

Rome — Le professeur Franco Basaglia, principal promoteur de méthodes nouvelles de psychiatrie, pourrait être inculpé d'homicide par imprudence et être jugé, avec un de ses collaborateurs, si le juge d'instruction de Gorizia prend en considération les réquisitions que vient de lui présenter le parquet.

Directeur de l'hôpital psychiatrique de Gorizia, le professeur Basaglia y avait totalement aboli les procédés répressifs jusqu'alors en usage pour le traitement des malades mentaux. Prenant jusqu'au bout le parti de la liberté et de la réinsertion des malades dans la société, il les faisait vivre en communauté avec les médecins et les infirmiers, et leur octroyait des « permissions » qu'ils passaient chez eux. C'est au cours d'un bref congé que, le 26 septembre 1968, un agriculteur tua sa femme à coups de couteau. Interné depuis 1951, il avait bénéficié de « permissions de sortie » depuis 1966, pour quelques jours ou quelques heures, sans provoquer d'incident.

Après plus de deux ans d'enquête, le procureur de la République de Gorizia a conclu au non-lieu pour l'assassin, en raison de son incapacité totale d'entendre et de vouloir. Il demande, en revanche, une inculpation pour homicide par imprudence contre le professeur Basaglia et le docteur Slavich, chef du service où était hospitalisé l'agriculteur.

Le professeur Basaglia avait fait le bilan de ses expériences d'« hôpital ouvert » dans un ouvrage qui eut un grand retentissement en Italie, où il reçut le prix Viareggio : *l'Istituzione negata* publié en France sous le titre *l'Institution contestée* (Edit. du Seuil).

Contraint de démissionner de l'hôpital de Gorizia, où ses méthodes restèrent cependant en vigueur, le professeur Basaglia partit un an aux Etats-Unis pour une tournée de conférences dans les universités, puis revint prendre la direction de l'hôpital de Parme. — J. N.

« Antipsychiatrie » ou naufrage de la psychiatrie ?

Depuis que Pinel, il y a plus d'un siècle et demi, libéra de façon spectaculaire les aliénés de leurs chaînes, toute l'évolution de la psychiatrie s'est orientée, dans le monde, vers une conception non plus répressive mais thérapeutique — et humaine — de la maladie mentale.

Les débuts de la psychochimie et la découverte de médicaments actifs sur nombre de troubles mentaux facilitèrent ce mouvement qui se trouve cependant freiné (et dans certains cas paralysé) par la nature même des structures asilaires qui datent, pour la plupart, de l'époque carcérale.

En outre, l'augmentation considérable du nombre des malades, due aux difficultés d'insertion dans les sociétés industrielles, dépasse, et de loin, tant en Europe qu'aux Etats-Unis, les capacités des personnels soignants dont le nombre, lui, diminue de façon inquiétante.

Dans ce contexte, et dans une situation d'empirisme général due à l'insuffisance des connaissances sur la genèse des troubles mentaux, de multiples expériences se sont développées.

Les unes, rationnelles, s'inspirent du « fait communautaire » et visent à la réintégration du patient dans son milieu, voire, à l'extrême, au traitement du milieu lui-même. Les expériences françaises de « psychiatrie de secteur » relèvent de ce concept.

Les autres, groupées sous le curieux vocable d'« antipsychiatrie », refusent la notion même de « déviance », introduisent un doute dans la définition du trouble mental et mettent en cause les critères de « normalité ». Ces dernières expériences seraient très défendables si leurs concepts, fortement inspirés d'une mystique passionnelle, ne les conduisaient trop souvent au refus de toutes les acquisitions psychochimiques actuelles et à des attitudes « antithérapeutiques » aux conséquences navrantes.

D. Cooper en Angleterre, F. Basaglia en Italie, sont les « papes » de ce « mouvement », où la majorité des psychiatres américains ou européens, parmi les plus ouverts et les plus qualifiés, ne voient que « navrante régression », « démagogie passionnelle », « ignorance et charlatanisme ».

A l'aube d'une décennie qui devrait, par le développement de la neurobiologie, de la psychologie expérimentale et de la psychopharmacologie, apporté enfin à la psychiatrie les bases qui lui manquent, il importe plus que jamais de la maintenir dans un cadre médical et raisonnable et d'éviter le triple écueil de la « sociatrie », du charlatanisme mystique ou du délire collectif, dont la tentation fut, tout au long de l'histoire, si forte, parce que, si directement proportionnelle à l'impuissance thérapeutique et à l'ignorance causale. — Dr E.-L.

GLI OSPEDALI PSICHIATRICI: CASE DI CURA O PRIGIONI?

Assemblea in manicomio

Gli infermi dell'ospedale «aperto» di Gorizia raccontano la propria storia, discutono con il giornalista i loro problemi Sanno d'essere malati; ma rimproverano alla società la durezza e l'incomprensione - «Prima ci schiaccia, perché siamo i più deboli; poi ci rifiuta, perché ci sente diversi, e così ci espone al ritorno del male» - Nei più giovani la protesta è politica

Gorizia. Il prof. Basaglia, discusso direttore dell'ospedale psichiatrico, insieme con alcune pazienti (Foto Grazia Neri)

(Dal nostro inviato speciale)
Gorizia, febbraio.

Ogni giorno duecento «sconfitti» varcano le soglie dei manicomi. Portati a forza, indotti con l'inganno o consenzienti, sono uomini e donne in preda al terrore. Affrontano l'ignoto. La loro «carriera morale» non dipende dal loro male, dipende dalla sorte. In alcuni ospedali rimangono uomini ed hanno speranza di guarire; in altri l'ospedale rimane il carcere «chiuso» che riflette le paure ataviche del mondo che lo circonda, e non c'è speranza.

Come nei «Lager»

Nel '65, il ministro della Sanità Mariotti sollevò lo scandalo annunciando: «Abbiamo oggi ospedali psichiatrici che somigliano a veri e propri *Lager* germanici, a vere e proprie bolge dantesche». *In quei* Lager *l'abiezione è totale e la guarigione impossibile: spesso né i parenti né la società la vogliono.*

Oggi si sa che la follia può essere guarita; eppure c'è la tragedia dei sessantamila folli «cronici» ricoverati nei manicomi: sono coloro che cominciarono le proprie avventure quindici, vent'anni fa, gli «anziani» degli ospedali che sono passati per i metodi del terrore, schiantati dagli elettroshocks e dall'uso indiscriminato dei farmaci: non possono più essere recuperati, sono le vittime di un sistema. E alimentano, in ogni ospedale, l'angoscia dei nuovi venuti: «In ogni momento, per un qualsiasi incidente, la società può condannarci alla loro sorte».

All'ospedale di Gorizia c'è l'assemblea generale dei malati. C'è tensione per la denuncia del professor Basaglia, c'è inquietudine per un episodio del mattino: un anziano signore è stato accompagnato in manicomio dal figlio, e, mentre il malato s'inoltrava verso il reparto osservazione, il figlio ha detto ai medici, facendosi udire da tutti: «Avvertitemi solo quando sarà morto». *C'è una nuova venuta: è una donna trentacinquenne, sapientemente truccata, accuratamente vestita, che è entrata in ospedale di propria volontà. La sua storia è già nota a tutti: ha una madre che si separò ancor giovane dal marito e che, apprensiva e ossessiva, ha trasferito sulla figlia le proprie amarezze: minacciando il suicidio, ostentando sofferenze, le ha impedito di amare un uomo, le ha proibito una vita autonoma, la tratta come una bimba di dieci anni, non ha mai voluto che crescesse. La donna non ha mai voluto che la madre soffrisse, poi è caduta in una profonda depressione. Ora dice ai medici:* «Cercate di convincere mia madre che io sono sana, ditele che ho bisogno di stare a casa». *I medici sanno che la donna è debole, che in presenza della madre piegherà il capo e dirà sempre di sì per non farla soffrire: domani discuteranno il caso con la figlia e con la madre, ma hanno poche speranze. Sono i primi a domandarsi:* «Perché la figlia e non la madre si trova qui?».

«Pensi di farcela?»

Alla tribuna della presidenza c'è un anziano alcolizzato depresso che domattina lascerà l'ospedale, guarito. Lo festeggiano, applaudono, ma da un angolo si leva una voce: «Pensi di farcela?». «Non lo so, starò molto attento, bisogna che non vada da mia sorella e che non veda i miei nipoti: per loro non sono più un parente, ma come faccio?».

Il direttore, Agostino Pirella, presenta all'assemblea un ospite «venuto a vedere»: «E' un giornalista che vuol conoscere i nostri problemi, forse vi farà delle domande, dite quello che credete». *L'ospite spiega che non vuol fare domande, vuole vedere come si svolgono i lavori di un'assemblea nel manicomio aperto di Gorizia. Si levano proteste:* «No, non è così, ora lei fa parte dell'assemblea, è con noi». *Comincia un duro interrogatorio. Emergono le curiosità e le ansie: come se non si fossero mai viste, hanno bisogno di sapere cosa si pensa, cosa si dice, cosa cambia nel mondo esterno.*

«Lei viene di fuori — *dice il presidente* — ritiene giusta l'incriminazione del professor Basaglia?». *Un vecchio interrompe:* «Questo l'abbiamo già discusso: io sono convinto che il professor Basaglia ha sbagliato: ha mandato fuori uno che ha ucciso e i guai sono, adesso, per tutti noi». *Un brusìo.*

Una donna che è in manicomio da vent'anni parla lungamente, e si capisce a stento: «Quando sono entrata io non c'era pericolo che qualcuno uccisse, ed erano botte e gli infermieri si divertivano a punirci. Non ero malata, ma i dottori non mi stettero mai a sentire, avevano sempre fretta, dicevano sempre sì. Allora preferite questo?». *Altri spiegano che non c'è stato errore:* «Lo sapete tutti, Miklus andava sempre in licenza, da molti anni: come si poteva prevedere? A lui è successo quel che sarebbe potuto succedere a chiunque di fuori».

Quando si crolla

Poi un giovane con una barba bionda alla nazarena, che parla calmo e preciso, si rivolge al giornalista: «Da lei che fa il mestiere di vedere come vanno le cose vorremmo sapere se la gente comincia a capire quali sono i nostri problemi». *Il giornalista disaga. Dalla presidenza lo interrompono:* «Lei forse non capisce quello che vogliamo sapere: noi siamo malati, ma fuori cominciano a rendersi conto che siamo malati a causa dei parenti, del mondo del lavoro, della società?». «Siamo le vittime di un sistema — *interrompono* — siamo i più fragili e perciò ci escludono».

All'ospite non rimane che porre a sua volta domande: perché vittime, esclusi da che? E, in un'atmosfera che si riscalda sempre più, comincia un lungo, inesorabile processo. Alcuni espongono i propri casi: studenti lavoratori, ragazze sedotte e scacciate dalle famiglie, operai poco abili che passavano di licenziamento in licenziamento: «Io lo so che non ero bravo, che non ce la facevo, ma non ti davano il tempo». *Sono storie di stanchezze invincibili. Ripetono spesso:* «Alla fine, mi sono arreso, mi sono lasciato andare». *Qualcuno ha tentato il suicidio, qualcuno si è negato al mondo, come travolto dal cupo, medioevale «tedio della vita»; altri si sono ribellati, hanno gridato cose senza senso in piazza, hanno aggredito parenti o amici, sono scappati.*

Altri, i più giovani, politicizzati e severi, parlano delle «strutture» sociali e delle discriminazioni di cui sono vittime. Dicono all'ospite: «E' di questo che deve parlarci. Lei personalmente si sente a posto con la coscienza sapendo che in tanti manicomi *(e fanno i nomi, alcuni sollevano mormorii di terrore)* si vive come nel Medioevo, e che per noi tutti, anche guariti, non c'è speranza di inserimento?». «Risponda, risponda», *dicono da varie parti.* «Signore, *dice il presidente,* i miei colleghi vogliono una risposta breve e precisa».

No, l'ospite non può avere la coscienza a posto; ma ora vorrebbe sfuggire al dibattito, che è scomodo e che lo trova in serie difficoltà: non può dire che «fuori» non è cambiato quasi niente, che le denunce cadono nel vuoto, che la paura antica della follia, con i vecchi tabù, rimane intatta. Tenta un'altra via e spiega che una società si permette il lusso di discriminare finché non è realizzato il pieno impiego: se ci fosse lavoro per tutti non si guarderebbe per il sottile. E aggiunge, imprudente: vi sono tante forme di discriminazione, anche inconsce, per esempio nei confronti delle donne, a volte dei meridionali, o di chi ha scontato una pena per un reato anche lieve.

L'assemblea insorge: «No, no, non è questo». *E uno studente chiarisce tra gli applausi:* «Non è questo, perché noi siamo più deboli. La nostra fragilità fa in modo che la discriminazione ci esponga al ritorno del male, ed è più difficile guarire quando si sa che fuori circoleremo come se avessimo la stella gialla degli ebrei al petto».

Una domanda dal fondo della sala: «E' vero o no che si dice sempre: non sono come noi?». *Non c'è risposta, e l'assemblea incalza:* «Ora che la malattia non appare quella cosa mostruosa di una volta, voi rischiate di cadere nel razzismo. Non lo sapete, ma è così: cominciando col dire "non sono come noi", Hitler fece uccidere 80.000 di noi». *L'ospite si guarda intorno, cerca gli agitati, qualcuno che ricordi l'immagine antica delle grandi isterie o delle malinconie abissali. Il presidente capisce:* «Si guardi intorno, circoli per i padiglioni: non c'è un Cesare e non c'è un Napoleone. Soltanto quelli di fuori continuano a ignorare che le malattie della mente sono cambiate».

Hanno ancora una volta fatto il processo alla società, che «prima li schiaccia e poi li rifiuta»; hanno mostrato come si vive, nell'angoscia, l'avventura del male oscuro: sanno d'esser malati e temono che il mondo li voglia per sempre escludere. I più vitali tendono ormai alla contestazione del «sistema»; i più deboli sono coloro che non protestano, si rinchiudono in se stessi, «regrediscono» rifiutando tutto ciò che appartiene al mondo.

La follia è una grande avventura umana; si salva, sembra, chi si pone la domanda che sconvolge la psichiatria e alimenta una rivoluzione silenziosa: quando c'è follia, chi bisogna difendere? La società contro il malato o il malato e la sua dignità umana? Negli ospedali ci sono leaders che ormai sanno tutto. Ricordano i grandi movimenti del '68, quando in molte città italiane gli studenti si levarono in difesa dei ricoverati e squadracce di fascisti devastarono i manicomi «aperti»; ricordano che ai tempi della guerra fredda fu sostenuto in un congresso di psichiatri che tutti i capi cinesi sono paranoici.

Paura delle streghe

Sanno che i caratteri della follia mutano col tempo e con l'evolversi della società: «Ora gli psichiatri americani diagnosticano un nuovo male, la "sindrome dipendente-aggressiva". Si comincia a capire da che cosa vengono molti squilibri, ci si avvicina alla verità».

Raccontano della psicosi che si diffuse nei giorni che seguirono l'attentato contro il Papa a Manila: un po' dovunque venivano portati ai manicomi uomini che avevano fatto «gesti strani» in chiesa. E' il dramma dei malati, ed è il dramma degli psichiatri che di nuovo si domandano cosa sia la follia. Ci sono malattie mentali che sono scomparse nel momento in cui i medici hanno cessato di crederci, come scomparve la paura delle streghe. Ma in tutte le sue forme, ormai, dopo Foucault e Lacan, dopo Laing, che vorrebbe lasciare i malati totalmente liberi di vivere la propria avventura, e Cooper, dopo gli esperimenti dei manicomi aperti, la follia è diventata provocazione, porta alla contestazione.

Michele Tito

Corriere della sera,
23 maggio 1971, pag. 19

LO PSICHIATRA DEGLI «OSPEDALI APERTI»

Il professore Basaglia prosciolto dall'accusa di omicidio colposo

Era stato ritenuto responsabile dell'uxoricidio commesso da un pazzo durante una licenza - Rinviato a giudizio il suo assistente

Gorizia, 22 maggio.

Il professor Franco Basaglia, già direttore dell'ospedale psichiatrico di Gorizia, nel quale aveva introdotto metodi terapeutici innovatori, incriminato per omicidio colposo insieme al suo assistente professor Antonio Slavich, è stato prosciolto in istruttoria dall'imputazione «per non aver commesso il fatto». Il professor Slavich, invece, è stato rinviato a giudizio sotto la stessa imputazione. La relativa sentenza è stata depositata oggi dal giudice istruttore del tribunale di Gorizia.

Il professor Basaglia, che recentemente ha vinto il concorso di direttore dell'ospedale psichiatrico di Trieste e attualmente dirige una casa di cura per malati psichici a Colorno in provincia di Parma, è uno dei principali esponenti della «scuola che propone il sistema dell'ospedale aperto per i malati di mente».

Questi metodi terapeutici vennero applicati dieci anni fa nell'ospedale psichiatrico di Gorizia dal professor Basaglia il quale fece abbattere le reti che delimitavano i vari reparti, abolì i letti di contenzione e cominciò a concedere «licenze» ai ricoverati per permettere loro di fare delle passeggiate in città, accompagnati da infermieri, o per recarsi in famiglia. Così facendo lo psichiatra volle provare che un paziente, per guarire, deve innanzitutto imparare il mestiere di uomo. Il professor Basaglia ha scritto anche libri per illustrare questa sua esperienza. In particolare il libro *La istituzione negata* ottenne anche uno dei premi Viareggio.

Il 26 settembre del 1968 un malato goriziano, l'agricoltore Alberto Miklus, di 64 anni, di Oslavia, affidato dall'ospedale alle cure dei familiari uccise con una scure la propria moglie, Milena Cristancic, di 68 anni, con la quale era rimasto solo in casa. Il Miklus fu trovato dalla polizia poche ore dopo, nascosto in una vigna poco lontano dall'abitazione. Accusato di uxoricidio l'uomo venne riconosciuto completamente infermo di mente da una perizia psichiatrica.

Il pubblico ministero, dottor Marsi, chiese che il giudice a conclusione dell'istruttoria, rinviasse a giudizio, sotto l'imputazione di omicidio colposo il professor Basaglia, direttore dell'ospedale al tempo del fatto (lasciò il nosocomio di Gorizia due anni fa) e il dottor Slavich, suo collaboratore, per aver consentito al Miklus di uscire dalla casa di cura. La richiesta di incriminazione del professor Basaglia e del suo collaboratore suscitò molte polemiche in Italia ed all'estero tra i fautori dell'«ospedale aperto» e quelli del «manicomio chiuso».

Lo psichiatra, nel periodo in cui avvenne l'omicidio, era assente da Gorizia in quanto si trovava a Wiesbaden, in Germania, per partecipare ad un congresso psichiatrico. La responsabilità della «licenza» concessa al Miklus, fu presa dall'allora vice direttore dottor Vittorio Alì (ora morto) insieme al collegio medico, nel corso della consueta riunione che quotidianamente si teneva all'interno dell'ospedale psichiatrico e nel rispetto del particolare clima di responsabilizzazione unitaria introdotta a Gorizia con il metodo dell'«ospedale aperto».

Dal canto suo il dottor Slavich, a suo tempo, espresse la propria meraviglia per essere stato citato al fianco del proprio primario in quanto — a suo dire — a quel tempo egli non era né medico di guardia, né aveva in cura il paziente. Il professor Basaglia, che è difeso dagli avvocati onorevole Loris Fortuna e Cesare Devetag, assessore all'igiene e sanità della regione Friuli-Venezia Giulia, nel corso di una recente conferenza stampa, si soffermò anche sull'aspetto scientifico del problema, affermando che l'allora ministro della sanità Ripamonti sostenne che, pur in presenza di fatti dolorosi, non si potesse inficiare la validità di un comportamento «postulato dai cultori della materia» e che non si dovessero modificare le esistenti norme di legge in merito alle licenze sperimentali ai malati, pur rilevando in tali licenze l'esistenza di un rischio potenziale.

Il Piccolo
9 settembre 1971, pag. 4

DENSO L'ORDINE DEL GIORNO DELLA SEDUTA

Temi dello Psichiatrico giovedì alla Provincia

Sarà portata al voto la nomina di Basaglia Assegni ai medici e copertura di nuovi posti

Il Consiglio provinciale tornerà a riunirsi dopodomani, per la terza seduta della seconda sessione ordinaria; la seduta avrà luogo alle ore 18.30 nella sede di piazza Vittorio Veneto. L'ordine del giorno dei lavori è particolarmente denso e comprende anche alcuni argomenti di viva attualità. Infatti, dopo le comunicazioni del presidente Zanetti e la ratifica di alcune deliberazioni adottate dalla Giunta per motivi d'urgenza o per delega del Consiglio, saranno discusse alcune mozioni; la prima, del cons. Colli (PCI), reclama lo scioglimento dell'O.N.M.I., la seconda — dei consiglieri Pampanin e Sancin (PLI) — prospetta un programma di controlli nella gestione degli istituti preposti all'infanzia abbandonata. Due mozioni, di parte liberale e di parte comunista affrontano poi il problema dell'inquinamento, mentre una del cons. Panizon (PCI) ed altri si rifà al problema della liquidazione dei beni dell'ex GIL. Dopo l'approvazione, su proposta del Presidente, della proroga della sessione ordinaria 1971, lo assessore Pacor (PRI) proporrà all'approvazione del Consiglio alcuni regolamenti per l'attuazione di provvedimenti nel campo dell'assistenza, l'erogazione di contributi ad enti per il recupero di minorati fisici e psichici.

L'assessore Volk riferirà sulla perizia di variante relativa alla strada comunale, ormai ultimata, che da Muggia va in località «Fortezza». Vi sarà quindi, su proposta del presidente Zanetti la designazione di rappresentanti dell'Amministrazione provinciale in vari organismi locali e cioè la Giunta provinciale amministrativa, la sezione tributi locali, il consorzio per la gestione del «Museo storico di guerra», l'Ente autonomo Fiera di Trieste, il consorzio per il bacino di carenaggio, il comitato provinciale per il miglioramento delle abitazioni rurali, il consiglio d'amministrazione dell'Istituto tecnico commerciale per geometri «L. da Vinci», la consulta regionale dell'emigrazione e il consiglio d'amministrazione dell'Istituto professionale di Stato per l'industria e artigianato; vi sarà ancora la accettazione delle dimissioni della carica di consigliere provinciale dell'ing. Luigi Chiandussi. Sempre su proposta del presidente verrà trattata una disposizione transitoria per la copertura di nuovi posti presso l'Ospedale psichiatrico provinciale. Ancora sul tema dell'ospedale psichiatrico verrà portata al voto la nomina del nuovo direttore prof. Basaglia, che ha presentato in questi giorni gli ultimi documenti richiestigli. L'assessore anziano Foschi proporrà inoltre l'erogazione di assegni di studio al personale medico e di assistenza addetto all'O.P.P. per titoli acquisiti nel 1970, nonché un provvedimento per l'anticipazione di detti assegni.

In materia di lavori pubblici l'ass. Volk relazionerà sulla contabilità finale ed il verbale di collaudo dei lavori di sistemazione del lungomare alla pineta di Barcola eseguiti in base alla legge regionale sulle strade turistiche. Da parte sua lo assessore alle finanze Sosic illustrerà la proposta di contrazione di un mutuo di 35 milioni per lavori di miglioramento agli impianti sportivi del liceo «Oberdan», dell'Istituto tecnico «L. da Vinci», dell'Istituto tecnico con lingua d'insegnamento slovena e dell'I.P.A.M.I. Verrà infine trattata la parte finanziaria dei lavori di riattamento del Palazzo della Provincia con la realizzazione della nuova aula consiliare; il costo a suo tempo previsto in 63 milioni: è ora giunto ad una quota di oltre 100 milioni, per cui si rende indispensabile l'adozione di un provvedimento integrativo. Alcune gare, infatti, sono andate deserte a cagione della lievitazione dei prezzi, da ciò la necessità di esprimere delle altre a costi aggiornati e con la relativa copertura finanziaria. Il bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 1972 non verrà posto in discussione nella seduta di giovedì.

La Stampa
27 febbraio 1971, pag. 3

Corriere della sera,
22 ottobre 1972, pag. 19

A una svolta l'esperimento del manicomio aperto di Basaglia

Si sono dimessi i medici dell'ospedale psichiatrico di Gorizia - «Abbiamo recuperato i malati mentali. Spetta al potere pubblico reinserirli nel lavoro» - Nuove strategie: l'esempio milanese di «Villa Serena»

[illegible] psichiatrico di Gorizia, dottor Domenico Casagrande e sette dei suoi diretti collaboratori si sono dimessi. Il dottor Casagrande ha dichiarato che questa presa di posizione non è «provocatoria», ma «vuole soltanto richiamare l'attenzione del potere pubblico sul problema del recupero e dell'inserimento sociale dei malati mentali guariti. Casagrande e i suoi collaboratori sono i continuatori dell'«esperimento ospedale psichiatrico aperto» iniziato proprio a Gorizia undici anni fa dal professore Franco Basaglia.

All'arrivo di Basaglia a Gorizia i degenti dell'ospedale psichiatrico erano 623. Attualmente sono nell'ospedale 52 pazienti che, secondo la legge del 1904, sono definiti «ammalati coatti», altri 141 degenti sono volontari, cioè persone che in base alla legge 431 del 1968 hanno chiesto una assistenza psichiatrica con il diritto, però, di essere dimessi su loro richiesta. Gli altri hanno abbandonato l'ospedale. Queste cifre dimostrano la validità di un'esperimento su un modo diverso di intendere e di fare la psichiatria.

«Si è partiti dalla ipotesi» ha detto Casagrande «che il manicomio rappresentasse un momento di recupero del malato di mente in funzione di un suo reinserimento sociale». Una ipotesi chiaramente in contrasto col concetto del manicomio come istituzione chiusa, la «fossa dei serpenti», come in effetti ancora è quasi ovunque. «In dieci anni» ha detto ancora Casagrande «siamo riusciti a dimostrare, nonostante polemiche e attacchi, come sia possibile esercitare onestamente la medicina e come sia possibile fare della psichiatria uno strumento di liberazione e non di repressione del malato». E ciò chiaramente in contrasto con una psichiatria che è strumento di selezione e di segregazione dell'anormale psichico bambino o adulto, chiaramente in contrasto con una psichiatria che si va sempre più identificando con un certo potere politico e burocratico per diventare strumento di emarginazione, specie oggi in cui si avverte un subdolo rilancio delle istituzioni chiuse o semi-chiuse.

Quale il significato delle dimissioni degli psichiatri di Gorizia? Lo abbiamo chiesto al professor Basaglia, attualmente direttore dell'ospedale psichiatrico di Trieste. «Nessuna volontà provocatoria», ha riconfermato. «Come medici, cioè come tecnici abbiamo fatto il nostro lavoro. Siamo pronti a cominciare la seconda fase dell'esperimento ma occorre che il potere pubblico si assuma la sua responsabilità. L'esperimento è strato che un esperimento è valido sul piano etenico e politico, ora passiamo la mano al potere pubblico. Nel momento in cui dimostriamo che il malato mentale è reinseribile nella società, il potere pubblico deve rendere possibile tale inserimento. Il compito del medico come tecnico è terminato, ma chiaramente fare medicina e, ancora più, fare psichiatria non significa fare tecnicismo. Bisogna avere una visione politica corretta e coerente come tecnici della malattia mentale se non vogliamo vedere vanificati i nostri sforzi per recuperare il malato».

Gli fa eco Casagrande affermando: «Se non si sblocca la sistemazione dei degenti guariti inserendoli di fatto nella società, cioè nel mondo del lavoro o, i più vecchi, in case di ricovero non manicomiali, noi continueremo a rappresentare in qualità di psichiatri la giustificazione del loro internamento. Parliamo, naturalmente, di quei degenti per i quali non è stato possibile trovare una soluzione esterna, perché soli, rifiutati, perché etichettati come malati di mente».

La presa di posizione dei medici di Gorizia è la logica conseguenza di un discorso estremamente serio fatto dalla punta più avanzata e perciò più discussa della psichiatria italiana, di quella parte della psichiatria che contestando gli accademismi, la pseudoscientificità, ma soprattutto l'equivoco tecnocratismo di tanta psichiatria nostrana, ha saputo porsi nei termini più corretti di fronte al malato mentale, di fronte alla società in senso lato e ora di fronte al potere pubblico, nel pieno rispetto della legalità.

E' augurabile che ancora una volta tale presa di posizione non sia equivocata o «etichettata» dagli oppositori di Basaglia o dai «paladini» delle istituzioni chiuse.

La seconda fase dell'esperimento potrebbe — a nostro avviso — essere tradotta su un modello che è già stato impostato a Milano a proposito di una esperienza per alcuni aspetti analoga, quella di «Villa Serena» di Affori, dove una presa di posizione degli operatori contro una minacciata chiusura della istituzione stessa ha trovato nell'amministrazione provinciale milanese uomini intelligenti come Peracchi, pronti a recepire il significato reale della «protesta». La seconda fase dell'«esperienza Basaglia» potrebbe essere quella proposta per «Villa Serena» di coinvolgimento diretto del consiglio di zona e delle forze sociali locali, degli operatori e degli utenti del servizio, oltre che della Provincia nella responsabilità gestionale. Ciò potrebbe garantire a una istituzione aperta quali vogliono essere quelle di Gorizia e di Milano, lo spazio e il potere necessario non solo nel momento curativo, ma anche in quello preventivo e di recupero sociale del malato mentale.

Bruno Lucisano

Il malato mentale viene spesso abbandonato a se stesso nel manicomio.

Corriere della sera,
4 gennaio 1973, pag. 3

A COLLOQUIO CON L'ANTIPAPA DELLA PSICHIATRIA ITALIANA

Il pioniere dei manicomi «aperti»

Il professor Franco Basaglia, che ha messo in pratica con successo la sua teoria sulla «comunità terapeutica» per i malati di mente, non cessa di essere bersagliato da critiche e accuse - «Negli ospedali psichiatrici il ricoverato viene trattato come individuo pericoloso, ma può anche non esserlo, come ogni altro uomo» - La difficile prova di Gorizia e quella attualmente in corso a Trieste

«Ho sempre pensato che gli scandali non servano a niente. I fattacci, gli episodi clamorosi, anzi, possono essere controproducenti. Prendiamo l'esempio recente dei 'pollai' di Napoli: l'opinione pubblica ha appreso dai giornali che esistono ancora istituti psichiatrici dove i malati vengono trattati peggio degli animali, dove la 'terapia' non è altro che segregazione, violenza, sporcizia.

Come una bomba

Che effetto hanno tali notizie? Un fremito d'orrore, la sensazione di trovarsi di fronte a casi-limite intollerabili, poi lo scandalo è dimenticato e tutto può continuare come prima. Eppure l'opinione pubblica non ha più l'attenuante della ignoranza. E da anni abbiamo dimostrato concretamente che i malati mentali possono e debbono essere curati come uomini fra gli uomini e non come individui pericolosi».

Chi parla così è Franco Basaglia, alto, occhi chiari, giacca di tweed, sereno accento veneto. Ha l'aspetto e i gesti del professionista affermato, e certamente lo è, dal momento che dirige un ospedale psichiatrico, ha una cattedra all'università, ha pubblicato libri di grande successo ed ha girato mezzo mondo per tenere conferenze e organizzare ricerche. Basaglia è il più celebre psichiatra italiano, ma non è soltanto questo. E' soprattutto l'uomo che ha introdotto e messo in pratica nel nostro paese la teoria del «manicomio aperto», il sistema di cura comunitario che, con grave scandalo di molti suoi colleghi, considera il «matto» semplicemente come un uomo ammalato e non come una pianta da raddrizzare o da escludere dal giardino ordinato della società. Per questo suo modo di concepire il mestiere del medico, Basaglia si è trovato al centro di polemiche violente fin da quando dirigeva l'ospedale psichiatrico di Gorizia, fin da quando il suo libro più famoso, L'istituzione negata (Einaudi, 1968) scoppiò come una bomba nella realtà manicomiale italiana. Seguirono pesanti accuse, perfino una incriminazione penale. L'establishment psichiatrico reagì accusando Basaglia di estremismo, di scarsa attendibilità scientifica, di sostenere che «la malattia mentale non esiste».

In realtà Basaglia aveva acceso un dibattito che superava gli stessi limiti della tragedia manicomiale. Il suo libro e soprattutto il suo modo di esercitare la professione mettevano in causa la legittimità di due tra le colonne portanti della nostra organizzazione sociale: il concetto della «devianza» e il cosiddetto «ruolo imparziale del tecnico». Il primo tema si può riassumere in un'accusa: se una società esclude sistematicamente i suoi figli più deboli, i malati mentali, i vecchi, gli invalidi, i «disadattati» e segrega nei manicomi, negli ospizi, nelle case di rieducazione chiunque (tra i poveri) «devii» dalla presunta norma, essa dimostra di prendere in considerazione l'uomo solo in quanto strumento efficiente e produttivo ed è quindi profondamente ingiusta e minacciosa. La istituzione totale non fa che esasperare questa logica aberrante, privilegiando il proprio funzionamento (regole, ordine, orari) rispetto ai diritti e alla stessa umanità di chi vi è rinchiuso. Se il malato «disturba» sia legato al letto, se il vecchio ha sete aspetti l'ora del pasto, se l'invalido non può salire le scale rimanga per tutta la vita al pianterreno.

La «devianza»

Si tratta, evidentemente, di un discorso politico, che parla di una società violenta, garantita da istituzioni violente, che rivendica il diritto di emarginare come «devianti» chiunque si dimostri «inutile» o le rifiuti il consenso (ma a tutti può capitare di essere insofferenti verso la «norma», un incidente può trasformare chiunque in un invalido, a tutti accade di diventare vecchi). Agendo nel suo campo specifico, Basaglia diviene il più accanito critico del concetto di «devianza», già denunciato da molti studiosi anglosassoni e, in particolare, dal sociologo canadese Erving Goffman. E' lecito al «tecnico» (medico, infermiere, educatore, insegnante) continuare a prestare la propria opera all'interno di una simile logica? Il «tecnico», afferma Basaglia, non è mai imparziale: se applica una terapia, significa che ne condivide le finalità, altrimenti ha il dovere di cercare altre soluzioni.

Questa impostazione, che carica di responsabilità i medici e gli infermieri manicomiali e che mette in discussione la loro routine, il loro potere assoluto sui pazienti, è tuttora al centro di violente polemiche. Basaglia, il contestatore tranquillo, continua a studiare, a lavorare, a lottare, a difendersi dalle accuse, soprattutto da quella che più lo ferisce sul piano professionale: «Non ho mai sostenuto che la malattia mentale non esiste — dice — ma francamente mi aspettavo che i miei colleghi accettassero di affrontare questo problema come una realtà complessa, non riducibile a schemi tanto puerili. Io ho soltanto constatato che la cosiddetta follia va esaminata tanto dal punto di vista biologico, quanto da quelli esistenziale, psicologico e sociale. E ho dimostrato che il rapporto assurdo fra una scienza acritica, distaccata e un paziente, che è innanzitutto un uomo, non ha speranza di dare risultati. Quando un malato entra in istituzione perché vi è costretto i suoi problemi raddoppiano: è un malato ed è un individuo costretto. Se viene esasperato e perseguitato, l'esasperazione e la persecuzione divengono più gravi e importanti della stessa malattia. A questo livello la violenza dell'istituzione (le camicie di forza, i legacci di contenzione) non solo non curano, ma aggravano la situazione in modo spesso irreversibile».

Nei manicomi, continua Basaglia, il malato è «vissuto ideologicamente» come pericoloso e come tale è trattato, mentre può esserlo o non esserlo, esattamente come ogni altro uomo. «L'idea della comunità terapeutica, la 'grande rivoluzione' del manicomio aperto, in fondo, non è altro che questo: il tentativo di restituire al malato la sua dignità di uomo, a partire dai diritti più elementari, come quelli di circolare liberamente, di esprimersi, di scegliere, di farsi la barba, di pettinarsi davanti a uno specchio, di discutere da pari a pari con medici e infermieri, di vivere la propria malattia senza trasformarsi in un oggetto abbandonato, segregato, umiliato, privo di identità.

«Non mi considero certo un moderato — dice — ma non credo sia così assurdo affermare che il compito del medico non si esaurisce nel somministrare una cura. Come faccio a prescrivere di far vita igienica, di mangiar bene e di far poche fatiche a un poveraccio che non potrà mai rispettare queste prescrizioni?». Il discorso di Basaglia è tutt'altro che utopistico: non per caso lo psichiatra riconosce che le sue prime esperienze culturali (Sartre e i fenomenologi come Binswanger e Minkowski, i tredici anni di «laboratorio» all'Università di Padova) entrarono in crisi di fronte alla realtà dell'ospedale di Gorizia, che andò a dirigere nel 1961. Si era addestrato in una clinica neuropsichiatrica, con pochi malati selezionati. A Gorizia, oltre che con le malattie, le sue conoscenze si scontrarono con la tremenda concretezza dei problemi sociali dei pazienti. Dovette ricominciare da capo.

Al primo posto

«La malattia mentale — dice oggi — esiste in tutto il mondo, in qualsiasi tipo di organizzazione sociale. L'importante non è negare la malattia, ma affrontarla diversamente. In una società dove l'uomo sia al primo posto, egli ha la possibilità di 'vivere socialmente' la propria malattia, aiutato dagli altri, compreso dalla comunità. Quando invece l'unica esigenza è che l'uomo funzioni e produca, l'autenticità della vita è menomata tanto per il sano quanto per il malato».

Non spetta certo allo psichiatra il compito di costruire una società a misura d'uomo. Ma, per l'autore dell'Istituzione negata, non sussiste il rapporto frustrante con l'utopia: conta la pratica, il rifiuto di degradare la figura del medico a quella di «guardiano dei matti», l'idea che «guarire i malati è solo un risultato minimo, l'importante è impedire che si ammalino ancora». E' un programma rigoroso, ma ben lontano dalle astrazioni illusorie di un'ideologia assoluta: «Non credo affatto che la 'nuova psichiatria' sia un toccasana, è solo uno strumento, che va sperimentato, criticato, corretto. E non credo affatto nella permissività a tutti i costi, nella tecnica del laissez-faire. Capisco, anzi, che può trasformarsi in una forma più raffinata di violenza morale».

Autocritica

Basaglia non distribuisce miracoli, promette solo lavoro, autocritica continua, vita comune con i malati. Per questo è osteggiato da molti colleghi e non è compreso da quella parte della opinione pubblica che ama «le idee semplici», il bianco e il nero, il vero e il falso, senza considerare che l'uomo è un problema un po' più complesso. «La scienza non è degli scienziati, ma di tutti», con questa parola d'ordine il contestatore tranquillo fronteggia gli attacchi dei suoi numerosi critici.

Ormai Basaglia è una specie di antipapa, il pontefice del dissenso psichiatrico italiano; può permettersi di rievocare serenamente le tappe del suo difficile cammino. Gli anni di Gorizia e le prime ostilità incontrate: i medici e gli infermieri sentivano la loro autorità minacciata dai sistemi del nuovo direttore, che pretendeva di responsabilizzare i malati, di trattarli «alla pari», di comunicare con loro («Questo metodo non è in sé la terapia, ma è il presupposto indispensabile per qualsiasi terapia»). L'accusa di omicidio colposo quando, nel 1968, un malato approfittò di una breve licenza per andare a uccidere la moglie. E poi i libri, i viaggi, l'esperienza in Sud America, i sette mesi a Brooklyn come consulente di un centro di salute mentale, la direzione dell'ospedale psichiatrico di Colorno. E il bilancio dei risultati positivi.

«L'esperienza di Gorizia ha dimostrato che il rapporto col malato di mente può essere diverso da quello repressivo», dice Basaglia. Recentemente i suoi discepoli hanno lasciato l'ospedale, dichiarando che su quattrocento ricoverati, solo cinquanta erano «da considerarsi bisognevoli di assistenza medico-psichiatrica» e che gli altri erano tutti dimissibili. La recente abdicazione dell'équipe goriziana è l'ultimo degli episodi clamorosi collegati al nome di Basaglia. I medici chiedevano di poter continuare il loro lavoro fuori dell'ospedale, attraverso un sistema di ambulatori e di centri d'assistenza da costituirsi nel territorio. La amministrazione provinciale ha rifiutato di agevolare questa iniziativa, e l'équipe se n'è andata, considerando superflua la propria presenza a Gorizia. «Ma il nostro sistema — dice Basaglia — dimostra comunque di essere un'alternativa valida, dal momento che continua a funzionare anche in mano a persone che non lo conoscono, cioè in mano ai medici che hanno sostituito i dimissionari».

Oggi Basaglia dirige l'ospedale psichiatrico di Trieste e l'amministrazione locale gli ha garantito il suo appoggio. «Stiamo tentando di realizzare una 'psichiatria della comunità', considerando l'ospedale soltanto come uno dei momenti della cura e affidando agli ambulatori, ai day-care, e all'ospedalizzazione domiciliare la maggior parte del lavoro».

Ancora una volta Basaglia ricomincia da capo, con grandi speranze.

Giuliano Zincone

Corriere della sera,
23 novembre 1975, pag. 11

Domani Basaglia processato a Trieste

Trieste, 22 novembre.

Il professor Franco Basaglia, direttore dell'ospedale psichiatrico provinciale di Trieste, uno dei nosocomi all'avanguardia nell'ambito della « ristrutturazione dell'Istituto manicomiacale considerato come centro di repressione », (scelto, tra l'altro, come « centro pilota » dall'organizzazione mondiale della sanità) e il professor Edoardo De Michelis, direttore del Centro di igiene mentale di Muggia, compariranno lunedì prossimo davanti al tribunale penale di Trieste per rispondere della accusa di concorso in omicidio colposo.

Il rinvio a giudizio, al quale si è giunti dopo l'assoluzione dei due psichiatri in fase istruttoria « perché il fatto non sussiste » e la successiva impugnazione della sentenza dal pubblico ministero, D'Onofrio, fa riferimento a un fatto di sangue avvenuto ad Aquilinia in provincia di Trieste il 10 giugno 1972 e del quale fu protagonista un paziente dell'ospedale psichiatrico, Giordano Savarin.

Il paziente, che era stato affidato in cura al Centro di igiene mentale, dopo cinque mesi dalle dimissioni, ha compiuto un delitto sopprimendo i genitori. Nel processo istruttorio il giudice non aveva ritenuto di dover procedere e il direttore dell'ospedale psichiatrico di Trieste era stato assolto. Il pubblico ministero si è appellato e ha ottenuto il rinvio a giudizio.

In un comunicato, « Psichiatria democratica » dice: Questa accusa a Basaglia preoccupa vivamente Psichiatria democratica e le forze politiche e sindacali che in questo momento stanno cercando di avviare un programma di ristrutturazione degli interventi psichiatrici e sanitari nel nostro Paese, in quanto essa colpisce colui che più di ogni altro in Italia ha contribuito a diffondere e illustrare, con la pratica e con gli scritti, l'efficacia, la validità scientifica, il significato del nuovo modo di lavorare nel campo della medicina psichiatrica.

« Questo processo rischia di arrestare e di far arretrare un movimento di chiarificazione sulla causa della malattia mentale e di superamento della segregazione, che in questi anni Franco Basaglia e un numero crescente di operatori sanitari stanno portando avanti, con profondo senso di responsabilità scientifica e umana ». Tra le testimonianze di solidarietà verso Franco Basaglia pervenute vi sono quelle di: Jean Paul Sartre, Lelio Basso, Vladimir Dedijer, Noam Chomsky, Julio Cortazar, Bruno Trentin, Luigi Nono; Ripa di Meana.

Le Monde
25 novembre 1975, pag. 10

PARTISAN DE L'ANTIPSYCHIATRIE

M. Franco Basaglia est jugé à Trieste pour homicide par imprudence

Rome. — Si un malade mental assassine ses parents quatre mois après être retourné à la maison, faut-il poursuivre pour « *homicide par imprudence* » les psychiatres qui en avaient la charge ? Appelé à statuer sur ce cas, survenu le 10 juin 1972 à Muggia, dans le nord-est de l'Italie, le tribunal de Trieste reconnut à l'époque l'irresponsabilité du criminel, qui fut envoyé pour dix années dans un asile pénitentiaire, et décida de disculper ses médecins. Mais le ministère public devait réclamer et obtenir, en mars dernier, le renvoi en jugement de MM. Franco Basaglia, directeur de l'hôpital psychiatrique provincial de Trieste, et Edoardo de Michelis, directeur du centre d'hygiène mentale de Muggia.

De notre correspondant

Leur procès, qui s'est ouvert ce lundi 24 novembre, à Trieste, n'aurait attiré outre mesure l'attention si M. Franco Basaglia n'était l'un des pères de l'antipsychiatrie en Italie. Les messages de soutien qu'il a reçus — de David Cooper, Jean-Paul Sartre, et Noam Chomsky, notamment — confirment le caractère particulier de ce procès, qui, au-delà de la personne de M. Basaglia, est celui d'un nouveau type d'assistance voulant défendre le « *fou* » contre la société et attaquer la psychiatrie elle-même comme instrument de répression sociale de la folie.

A Gorizia, il y a une dizaine d'années, M. Franco Basaglia avait expérimenté, pour la première fois en Italie, l' « *hôpital ouvert* ». Sa lutte contre la marginalisation des « *malades mentaux* » a pris depuis diverses formes. Elle s'est exprimée, le 16 septembre dernier, par une tentative couronnée de succès : l'excursion aérienne d'une centaine de ses patients sur un avion des lignes régulières italiennes. Une manière de démontrer que « *les fous aussi peuvent voler* » pour peu qu'on leur octroie une carte d'embarquement et des ceintures de sécurité. Le pilote était venu à l'hôpital de Trieste quelques jours auparavant pour expliquer aux futurs voyageurs, un peu inquiets par ce baptême de l'air, qu'ils ne couraient aucun danger.

M. Basaglia, dont la lutte contre la répression des institutions déborde le cadre de la psychiatrie, voit dans son procès une signification très claire : « *De même qu'on élimine le malade mental parce qu'il représente un élément de trouble social*, remarquait-il en mars dernier, *on cherche à éliminer ceux qui, voulant se mettre à ses côtés, gênent également la société.* » Et d'attirer l'attention sur le peu d'émotion ou la résignation que suscitent généralement toutes sortes de crimes n'ayant rien à voir avec la maladie mentale et que l'on met sur le compte de « *contradictions humaines impossibles à prévenir ou à prévoir* ».

ROBERT SOLÉ.

La Repubblica
19 aprile 1978, pag. 9

Il disegno di legge proposto dal governo sarà discusso in settimana dal Parlamento

Manicomi, comincia l'ultimo atto

ROMA — In settimana (il giorno preciso non è ancora deciso) il Consiglio dei ministri sottoporrà all'esame delle commissioni Sanità delle due camere il disegno di legge sull'assistenza psichiatrica. Si prevede che l'approvazione della legge avverrà in sede legislativa a breve scadenza dalla presentazione. Sul disegno (proposto da Bonifacio, Andreotti e Anselmi e predisposto per evitare il referendum abrogativo della legge manicomiale) non tutti gli specialisti si dicono d'accordo: in particolare, le critiche di "contraddittorietà e arretratezza" arrivano da Psichiatria democratica. Ecco i punti più qualificanti della nuova legge.

1. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari e possono essere disposti in via obbligatoria solo eccezionalmente, cioè « se esistono gravi alterazioni psichiche ». Disporre "l'obbligatorietà" spetta al sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria locale.
2. I « trattamenti sanitari obbligatori » a carico dello Stato devono essere attuati nelle strutture pubbliche e convenzionate; l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno. Inoltre, « il trattamento deve essere attuato esclusivamente in specifici e autonomi servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali, previsti all'interno di dipartimenti che comprendono i presidi e i servizi extraospedalieri psichiatrici ». Questi servizi si avvarranno del personale che attualmente presta lavoro negli ospedali psichiatrici.
3. La legge infine proibisce la costruzione di nuovi ospedali psichiatrici.

"Così siamo usciti dal nostro medioevo"

di DANIELA PASTI

« Non sono uno psichiatra, ma chiunque abbia visto l'orrore di certi manicomi in Italia non può che rallegrarsi del loro smantellamento », Carlo Mastantuono, direttore sanitario del S. Camillo, si è sempre dichiarato contro le istituzioni coercitive, i ghetti di emarginazione con i quali la società « sana » si difende. « Questa legge », afferma, « quindi va nel senso del mio lavoro ».

Ma come direttore di un ospedale già sovraffollato, come vede il provvedimento che assegna agli ospedali generali il ricovero obbligatorio dei malati di mente?

« La legge dovrebbe diventare operante solo quando siano già state predisposte le strutture di cui si parla nei vari articoli, e cioè sia i servizi ospedalieri adatti sia quelli extra-ospedalieri, che sono anche più importanti. Infatti la vera riforma non dovrebbe consistere nel trasferire i malati di mente dall'ospedale psichiatrico all'ospedale generale, ma nell'evitare il ricovero, in tutti i casi ove sia possibile, facendo funzionare i servizi di assistenza territoriali.

E' possibile la convivenza fra il malato di mente e il paziente tradizionale dell'ospedale?

« Vi sono malati di mente organici, cioè affetti da forme degenerative del sistema nervoso per i quali si giustifica di più la terapia in un ospedale generale che non in uno psichiatrico. D'altra parte con l'ingresso in ospedale dei malati di mente avremo finalmente anche gli psicologi e gli psichiatri che ora ci mancano e che potranno portare vantaggi a tutte le terapie

Professore, mettiamo il caso che, come succede spesso in Italia, la legge venga varata e entri in vigore senza che siano approntate tutte le strutture indispensabili. Che succederà?

«Mi auguro anche che la Regione scelga a ragion veduta gli ospedali ai quali affidare i malati di mente. Ve ne sono infatti alcuni che lavorano con il settanta, l'ottanta per cento dei posti occupati, e queste vengono ritenute le condizioni ottimali per un ospedale, altri, come il S. Camillo, dove abbiamo occupati il 102 per cento dei posti letto. Senza voler fare paragoni con il ricovero dei tossicodipendenti, che sono in numero molto inferiore e hanno anche manifestazioni patologiche molto diverse, posso dire che quando all'indomani dell'approvazione della legge sulla droga, ci siamo trovati all'improvviso di fronte al problema di ospitare queste persone, abbiamo dovuto affrontare situazioni difficilissime, che ancora non sono state del tutto superate. Questa legge sui manicomi ci fa uscire dal medioevo, ma se non viene seguita dai provvedimenti indispensabili per la sua applicazione rischia di creare soprattutto una gran confusione, o almeno di lasciare le cose come stanno. A questo proposito le consiglierei di non trascurare il primo paragrafo dell'articolo 3 ».

L'articolo tre dispone che gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato o di enti pubblici sono attuati presso « le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate ». Carlo Mastantuono non vuole aggiungere altro ma il pericolo è chiaro: la maggior parte dei malati di mente è oggi ricoverata in istituti privati che hanno convenienti convenzioni con gli enti pubblici, per questi istituti la legge non prevede nessun cambiamento. E' anzi legittimo sospettare che, in mancanza dei « presidi e servizi extraospedalieri psichiatrici» di cui parla la legge, e con le condizioni già drammatiche in cui versano la maggior parte degli ospedali in Italia, saranno proprio questi istituti a trarre il maggior vantaggio dall'abolizione dei manicomi.

Per Basaglia ora è da colpire "lo strapotere dei direttori"

di NATALIA ASPESI

TRIESTE, 18 — Entro il mese di aprile il Parlamento dovrà approvare gli otto articoli del disegno di legge che riguarda la riforma psichiatrica: è il solo modo per evitare il referendum popolare per l'abolizione della legge manicomiale che risale al 1904. « I referendum potrebbe essere un modo per discutere sulla situazione della assistenza in Italia: ma potremmo anche perderlo, e allora, nel discutere una nuova legge, certamente dovremmo fare pericolosi passi indietro ». Franco Basaglia, direttore dell'ospedale psichiatrico di Trieste, che — con quelli di Arezzo e Perugia è stato già smantellato — si è incontrato in questi giorni con un gruppo di deputati per discutere la possibilità di migliorare il disegno di legge: sono stati ascoltati i rappresentanti di Psichiatria democratica, della Società Italiana di psichiatria e dell'Associazione medici ospedali psichiatrici.

La nuova legge parte da un dato fondamentale: lo smantellamento progressivo di tutti i manicomi, il divieto di costruirne altri o di istituire negli ospedali divisioni psichiatriche. « Finalmente una proposta di legge parte non da una teoria ma dai risultati di una pratica: quello che si è fatto in Italia, a partire dagli anni 60, prima a Gorizia, poi a Trieste, Arezzo, Perugia, e che si è dimostrata l'unica via di rinnovamento per l'assistenza psichiatrica », dice Basaglia.

Quali sono allora i punti che secondo lei devono essere emendati? « L'articolo 2, che parla del trattamento sanitario obbligatorio se "esistono gravi alterazioni psichiche". E' stato eliminato il ricovero coatto, ma sono cambiate le parole, non il significato. La malattia mentale non è qualcosa di eziologicamente nota, ma è un comportamento che viene etichettato come pericoloso e quindi criminalizzato. Ora il problema della malattia e un problema di bisogno: è assurdo far pesare la pericolosità sul singolo e non sull'organizzazione sociale. Quindi l'emendamento dovrebbe parlare di "trattamento sanitario obbligatorio qualora l'organizzazione sociale non sia in grado di offrire una assistenza che risponda ai bisogni di chi sta male". Tuttavia noi siamo contro il trattamento sanitario obbligatorio a meno che sia specificata la sua transitorietà. La nostra esperienza è questa: quando si stabilisce una struttura sanitaria diversa, come per esempio a Trieste, cambia la cultura dei medici e della popolazione: e si avviano a scomparire i ricoveri obbligatori. Da noi, e nelle altre città con una situazione psichiatrica come la nostra, questi ricoveri sono 4 o 5 l'anno ».

Nell'ospedale psichiatrico diretto da Basaglia, c'erano 1200 malati: adesso ci sono trecento « baraccati », come lui li chiama, in attesa di trovare una sistemazione. Gli altri sono tornati in famiglia o vivono in città in 25 appartamenti, seguiti dai sei centri di salute mentale. L'esperienza, con mille difficoltà, è ormai integrata nella città: i « matti », vivono in mezzo alla gente, i centri sono pronti a intervenire per rispondere dei loro bisogni. Dove troverà aiuto chi sta male quando non ci saranno più manicomi? « Ecco un nuovo punto della proposta di legge che va corretto. I servizi d'urgenza che prendono in carico il bisogno dell'utente devono essere temporanei, non diventare cioè una sezione degli ospedali generali. Il pericolo altrimenti è che si rafforzi il potere di questi ospedali, che si accentui il corporativismo dei medici, il che andrebbe contro una legge che dice di voler abolire i ghetti. E' molto importante che man mano che si distruggono i manicomi, siano attivi dei centri alternativi in cui non prevalga il potere medico ma ci sia il controllo della popolazione. Un emendamento indispensabile quindi è quello che limita l'intervento della tecnica assistenziale; del resto l'assistenzialismo da noi è impossibile, mancano i soldi. Solo la partecipazione, la comprensione della gente può rendere funzionante la chiusura dei manicomi, come è avvenuto a Trieste ».

Se i manicomi sono ancora tanti, più di 50 certamente saranno molti i medici che faranno resistenza a questa legge, che cercheranno di non perdere il loro potere o di riacquistarlo attraverso le sezioni negli ospedali generali. « Certo ci sarà chi difenderà i suoi privilegi, chi cercherà di perpetrare un ruolo sanitario che toglie ogni responsabilità e impegno. Il disegno di legge per esempio, conserva quattro articoli, dal 4 al 7, della vecchia legge manicomiale, quella appunto del 1904. Prevede ancora la figura del direttore: una figura che invece deve scomparire, perché un direttore ha potere, e il potere mantiene proprio quella istituzione che la legge vuole distruggere. Io, come direttore di un ospedale psichiatrico, sono come Luigi XIV ».

Ci sono buone speranze che gli emendamenti passino? « Mi sembra proprio di sì. Se non si elimina la figura del direttore, se non si rende transitorio e solo se non c'è un altro modo di aiutare, il trattamento obbligatorio, se non si preparano i centri sul territorio e la gente a capire cosa succede, questa legge ancora una volta non sarà che parole: più dannosa anzi, di quella vecchia. Tuttavia sono quasi sicuro che le cose andranno bene. Verbalmente, da anni, molti psichiatri sono con noi, ci ammirano, dicono che la nostra è la strada giusta. Adesso c'è una legge che codifica quello che noi abbiamo fatto finora: finalmente, in tanti ci copieranno ».

Il Messaggero
11 maggio 1978, pagg. 1 e 19

Approvata la legge che abolisce i manicomi

La legge che abolisce i manicomi è stata definitivamente approvata dalla commissione igiene e sanità del Senato. Il provvedimento evita un altro dei referendum indetti dal Partito radicale.

Nei giorni scorsi il provvedimento era stato approvato dalla Camera.

La legge sugli ospedali psichiatrici praticamente abolisce i manicomi e gli ammalati di mente dovranno essere ricoverati in ospedali normali dove saranno approntati appositi servizi psichiatrici. La legge, inoltre proibisce la istituzione negli ospedali di reparti speciali.

Un'altra norma di rilievo che viene introdotta con questa legge è quella secondo la quale l'obbligatorietà del ricovero di un ammalato di mente viene stabilita dal sindaco del luogo di residenza, su indicazione del giudice tutelare.

Il Messaggero di Roma

Mobilitazione in tutta Italia dopo l'assassinio di Moro

Uniti contro il terrorismo

In centomila a piazza S. Giovanni. Si è dimesso il ministro Cossiga

Non ci fanno paura

Moro sepolto a Torrita Tiberina vicino Roma C'era solo la famiglia

Il comizio a Roma

«Il parlamento ha il dovere e il diritto di controllare quanto è stato fatto»

Curcio grida: ucciderlo è stato il più alto atto di «umanità» Espulso dall'aula

Come l'hanno ucciso

Ancora killer in azione: funzionario Montedison colpito alle gambe

Scuola. Un calendario pieno di importanti scadenze

L'Italia non rispetta le norme Cee. Denunciata

l'Espresso,
11 giugno 1978, pag. 35/36

DOPO LA RIFORMA / VISITA A UN "MANICOMIO APERTO"

Dài, non fare il matto

di SERENA ROSSETTI

Il vecchio manicomio è soppresso. Per le situazioni di emergenza, ci sono tanti "centri di salute mentale" sparsi nella città. Ma i pazienti stanno a casa, e cercano di dividere coi sani la loro sofferenza

Franco Basaglia

Trieste. In teoria 90 manicomi in tutt'Italia stanno per chiudere i battenti e 120 mila matti stanno per uscire in libertà. Dovrebbero essere in gran parte sistemati in appositi padiglioni, nei normali ospedali, oppure — come sostengono gli psichiatri d'avanguardia — reinseriti nel territorio.

La notizia, finora, non ha suscitato né grandi entusiasmi né grandi paure. L'italiano è scettico verso gli effetti concreti delle leggi votate dal Parlamento, e crede di sapere che, nonostante le nuove norme sull'assistenza psichiatrica, i manicomi resteranno esattamente quelli di sempre. Ma forse questa volta si sbaglia. In realtà lo smantellamento del manicomio è già cominciato, sia pure su piccola scala; adesso che gli innovatori hanno anche la legge dalla loro parte, sarà difficile che la lascino inoperante.

E i matti? Qualcuno ha chiesto il loro parere? La loro vita, fuori da quelle tristi mura, sarà meno infelice? E i savi? Sono contenti di veder circolare per la strada o nella corsia dell'ospedale quei loro simili tanto "diversi" da esser stati segregati dal mondo?

Dice Franco Basaglia: « Il teatro della follia si chiude, il sipario cala. E' un grande momento per noi che a raggiungere questo risultato abbiamo dedicato anni della nostra vita ».

A Trieste la chiusura del manicomio — che in realtà con un linguaggio più appropriato si deve chiamare la sua "apertura" verso l'esterno — è stata realizzata già da tempo. Ancora nel 1971 i ricoverati al manicomio di San Giovanni erano milleduecento; il tipo d'assistenza, di terapia, di organizzazione interna era quello tradizionale di tutti i manicomi italiani: psicofarmaci, letti di contenzione, sbarre alle finestre, elettroshock. Medici, assistenti, infermieri, anche i più disponibili e aggiornati, recitavano inevitabilmente su quel triste palcoscenico il loro gioco del potere.

« Sono stato chiamato qui », racconta Basaglia, « dal presidente della Provincia Michele Zanetti, un cattolico molto progressista. Mi dette carta bianca. Mi disse: professore, conosco le sue idee su tutta questa vicenda. Ebbene, le consegno l'ospedale psichiatrico di Trieste. Cerchi di attuarle, quelle idee. Io condividerò le sue responsabilità. Così abbiamo cominciato. Sono passati sette anni. I risultati li veda lei ».

Il manicomio di San Giovanni è un insieme di molte costruzioni sorte sessant'anni fa in un grande parco regalato al Comune da un ricco barone triestino. Ma oggi buona parte di quelle costruzioni è vuota. Rimangono cento vecchi del "cronicario", ormai troppo anziani o troppo malandati per poter essere sistemati diversamente; e circa duecento altri pazienti il cui trasferimento a nuove sistemazioni avverrà gradualmente. Ma fin d'ora questi duecento non vivono più la loro "vita da matti"; le costruzioni nelle quali abitano sono state trasformate in appartamenti, le sbarre alle porte e alle finestre sono scomparse da tempo.

Andiamo a vederli. Campanello alla porta, apre una donna, chiediamo di visitare l'appartamento che si trova al primo piano della costruzione dove un tempo era sistemata la direzione del manicomio. La risposta è cortese. Un'anticamera, due stanze da letto dove dormono in tutto sei donne, una stanza da pranzo, i servizi. Le donne cucinano da loro i cibi che vengono forniti dall'ospedale. In camera da pranzo c'è il televisore. Possono uscire in piena libertà, occupare il loro tempo come meglio credono.

Questi "matti" qui hanno evidentemente un grado d'autonomia notevole. Ma non tutti gli ospiti rimasti al San Giovanni sono nelle medesime condizioni. In altri appartamenti la situazione è diversa, la dipendenza è maggiore: medici e infermieri assistono i degenti, i cibi sono inviati già pronti dalle cucine dell'ospedale.

E allora, professor Basaglia, dov'è la differenza rispetto a prima?

« Forse ci vuole da parte mia una precisazione: io credo alla malattia mentale. Qualcuno pensa che io non ci creda, che per me e per i colleghi che lavorano insieme a me il matto sia un'invenzione della società: basterebbe cioè abolire l'invenzione per aver abolito il matto. Ebbene, forse darò qualche delusione a chi mi ha attribuito queste opinioni, ma non sono le mie. Il matto c'è, esiste. Le cause? Lo dico francamente: la scienza psichiatrica, in gran parte, è inesistente. Non sappiamo che cos'è la vita, figuriamoci se possiamo sapere che cos'è la follia. Abbiamo operato per anni su questi poveretti, usando alla cieca i pochi strumenti disponibili, scaricandogli addosso l'elettricità, asportandogli lobi di cervello. Risultati? Zero. Dunque il problema è un altro ».

E qual è, professore?

« La follia è l'espressione di una profonda sofferenza, forse la più terribile perché la più oscura nelle sue cause. Ma è sofferenza. Il solo modo di "trattarla" è di farla riconoscere come tale sia al malato che al suo prossimo, in modo che ciascuna delle persone che entrano in contatto con lui

Dopo la riforma

se ne dia carico per una parte, lo aiuti a sopportarla e, così facendo, gliene allegerisca il peso. Noi siamo partiti da quest'intuizione e su questa abbiamo lavorato. Qualcuno dei miei colleghi mi accusa di non aver comunicato alla nostra "corporazione" la pratica che noi abbiamo applicato. Ma che cosa c'è da comunicare? Su questa linea, di restituire cioè il malato ai suoi simili, i casi specifici da risolvere sono infiniti, non ci sono regole da "manuale di psichiatria". C'è un obiettivo e tanti metodi per raggiungerlo che si inventano ogni volta ».

Andiamo a cercare quegli altri settecento "matti" che il San Giovanni ha restituito alla città.

Molti, quelli che hanno risolto definitivamente il loro problema, non sono più reperibili, la loro appartenenza alla malattia si è di fatto cancellata, stanno in famiglia o ne hanno creata una nuova, lavorano, insomma vivono con gli altri e in mezzo a loro.

Altri mantengono invece un rapporto costante con l'ospedale, ma assai diverso da quello d'un tempo. A Trieste, prima di smantellare il vecchio manicomio sono stati aperti sei centri di salute mentale, dislocati nei vari quartieri della città. Ad ogni centro sono stati assegnati tre medici, due assistenti sociali e una ventina d'infermieri. Quello di Barcola sta in una villetta a due piani, circondata da un piccolo giardino. Gli ex degenti del San Giovanni ritornati in famiglia e abitanti in quel quartiere, vengono spesso a trascorrervi una parte della loro giornata; giocano a carte tra loro, conversano, guardano la televisione, aiutano gli infermieri in varie mansioni, comprese quelle di assistere quelli di loro che arrivano in fase di crisi. Il centro di salute mentale è insomma un punto di ritrovo sociale oltre che d'assistenza medica; è l'ospedale che si è aperto sui quartieri, ha restituito gli ammalati al loro ambiente naturale, ma non li ha abbandonati.

Molti degli ex degenti del manicomio non hanno potuto o voluto tornare a casa e vivono invece in piccole "comuni" che il San Giovanni ha affittato per loro e messo su come abitazioni. Ma sono loro, gli "inquilini" di queste "comuni", che fanno la spesa e cucinano, che puliscono e gestiscono la casa, che pagano l'affitto, le bollette della luce e del telefono. L'ospedale "sorveglia" ma da lontano, secondo le necessità e l'autonomia dei singoli; è insomma la rete di protezione per questi "disturbati" che si stanno abituando a camminare da soli.

La comunità del San Giovanni, dopo sette anni dall'arrivo di Basaglia e della sua équipe, adesso vive così. Dice Basaglia: « Per arrivare a questo risultato, la prima cosa da fare era di entrare in comunicazione con "loro". E' stata ed è sempre, ogni giorno, l'impresa più difficile. Si tratta di ristrutturare delle persone, o accettare la loro personalità così diversa dalla norma, e proporsi come interlocutori. Per stabilire la comunicazione con loro noi abbiamo dovuto destrutturare la nostra personalità. Chi pensa che questa sia un'opera di filantropia medica che dura dalle nove del mattino alla fine dell'orario d'ufficio? Noi non smontiamo mai perché l'operazione che abbiamo iniziato ha cambiato inevitabilmente noi stessi, i nostri rapporti con gli altri, il nostro "privato", le nostre vite. E' stata una lunghissima analisi di gruppo che abbiamo fatto su noi stessi mentre operavamo sui degenti. Abbiamo dovuto denudare il Re: impresa non facile né per il Re né per chi s'era abituato a vederlo vestito di tutti i suoi inutili orpelli ».

Basaglia, ma i matti in libertà non continuano a pensare d'essere Napoleone e talvolta ad esser pericolosi per sé e per gli altri?

« Napoleoni in giro ce ne sono parecchi e nessuno li prende per matti. Ma quelli cui lei allude sono "allevati" dal manicomio. Dal non rapporto con gli altri. Dalla non comunicazione. Se la comunicazione si recupera, i Napoleoni non ci sono più, ci sono uomini che soffrono e che vanno aiutati. Pericoli? Statisticamente assai meno di quanto si pensi. Certo, può accadere che una crisi di violenza non venga presa in tempo, e produca un danno. E' il prezzo da pagare. Viviamo in una società dove il tasso di violenza cresce ogni giorno. Segregare gli ammalati nel manicomio è violenza; inserirli nella società non lo è, anzi è il suo contrario ».

E la nuova legge?

« Lo so che sarà difficile applicarla. Ma la faremo funzionare. A qualunque costo. Sa che cosa penso di fare, io? Tra due mesi comincio a girare per i manicomi e gli ospedali d'Italia per vedere se i precetti della nuova legge sono stati rispettati. E se non lo sono stati, farò tanto chiasso e tante denunce da obbligare ad applicarli. Dunque: appuntamento tra due mesi. L'ho detto prima: deve calare il sipario sul teatro della follia ».

SERENA ROSSETTI

El País,
31 agosto 1980, pag. 20

Procesado por un asesinato cometido por un paciente suyo, liberó a millares de personas de los manicomios

Ha muerto Franco Basaglia, creador del movimiento antipsiquiátrico italiano

ALFONSO GARCIA PEREZ

Franco Basaglia, lider de la denominada antipsiquiatría italiana, responsable de la salida de los manicomios italianos de millares de ciudadanos, que hoy llevan una vida *normal*, e inductor de la denominada *ley 180* de aquel país, según la cua nadie puede ser internado contra su voluntad, y según la cual también los manicomios italianos han sido condenados a desaparecer, falleció el viernes, en Venecia, a los 56 años de edad, a causa de un tumor cerebral.

Giordano Savarin es el nombre de un ciudadano italiano que asesinó a sus padres con un gran cuchillo. ¿Causas del crimen? Posiblemente, en el inconsciente de Savarin existiesen determinantes infantiles, oscuros sentimientos o confusas venganzas que le impulsásen a ese acto, siempre irracional, que es el asesinato de dos seres humanos, pero los jueces italianos determinaron que Savarin era un perturbado mental, que «andaba suelto», por lo cual hubo de ser el responsable de su tratamiento el psiquiatra Basaglia, quien tuvo que comparecer para explicar por qué aquel ciudadano no estaba internado, si era un «loco peligroso».

Giordano Savarin era un «enfermo mental liberado» del hospital psiquiátrico de Gorizia, en la Italia de los primeros años de la década de los setenta, donde más de 200.000 seres humanos estaban condenados a una de las peores formas de prisión: el manicomio. Privados de identidad, tanto en aquel como en los demás paises, los *locos*, como son etiquetados los ciudadanos de comportamiento excesivamente diferente o con una manifestación disidente de su emotividad y su impulsividad, eran o siguen siendo internados en esas sepulturas definitivas del alma que son las llamadas *casas de salud*, mientras el cuerpo siga viviendo, definitivamente condenados a la no recuperación de su identidad.

Pero ¿quiénes van a los manicomios y por qué? Suenan fuertes y rotundas todavía las palabras de Franco Basaglia: «Al manicomio va la gente que no tiene voz, la palabra; es decir, los pobres, los desheredados». Para el antipsiquiatra italiano, sólo los desheredados van al manicomio, aunque la evidencia también nos muestra individuos de las clases dirigentes internados en esas ciudadelas de terror perpetuo, de camisas de fuerza, electro-choques y lobotomias. Pero, en este caso, también estamos ante desheredados, desheredados del amor de los suyos, individuos, como escribiera Sullivan, que se cuentan las más de las veces entre los elementos más inteligentes y brillantes de unas familias que les condenaron, por conflictivos, molestos y problemáticos, a ser *ovejas negras*, primero, y carne de manicomio, después.

Franco Basaglia se propuso destruir los manicomios. Heredero, sin duda, del espíritu de Sigmund Freud, quien, en palabras de Castilla del Pino, «inició el diálogo con la locura, una locura siempre con significado», rechazó, sin embargo, ese otro aspecto de la práctica psicoanalítica, acomodaticio, burgués y, en resumeń, timido y cobarde en sus conclusiones.

Para el lider antipsiquiátrico, el diálogo con el llamado *loco* debe ser restaurado; y eso es incompatible con el funcionamiento del manicomio. El psiquiatra del manicomio desempeña, según Basaglia, el papel de «difundir la psiquiatria como elemento del culto al pesimismo; es decir, haciendo creer que el enfermo mental no puede curarse, que es peligroso, etcétera».

Frente a esta amarga alternativa, la otra, la de la fe en la vida, en cualesquiera de sus manifestaciones, incluso en la de la locura, tremendamente cercana, por otra parte, al arte y a la libertad, es así expresada por Basaglia: «Cuando el psiquiatra da la palabra al internado, puede producirse el auténtico cambio, porque el desheredado habla y expone sus necesidades». Necesidades de afecto; necesidades de intelección en un medio o entorno, las más de las veces incapacitado para entender al *loco*, en muchas ocaciones, por la superioridad intelectual de éste; necesidad de comprensión en profundidad, etcétera.

«En ese momento», concluye Basaglia su magistral descripción del inicio del diálogo con la *locura*, «comenzaría el verdadero trabajo del psiquiatra y se podría comprobar si existe o no la psiquiatria una vez que se estableciera la reciprocidad entre el psiquiatra y la persona que sufre».

No siempre se da esa reciprocidad ni, menos aún, en el caso de las instituciones. «Cuando se destruye el manicomio», asegura Franco Basaglia, «que es la institución que protege al técnico, entonces es cuando nos encontramos con el su-

JOAQUIN AMESTOY
Franco Basaglia, durante una conferencia en Madrid, en 1978.

frimiento del ciudadano y ya no se podrá dar una respuesta institucional, sino individual: una respuesta de lucha. Cuando el manicomio ya no existe, desaparece el prejuicio de que dentro están los *malos* y fuera los *buenos*».

Franco Basaglia tuvo que comparecer —¡cómo no!— en el banquillo de los acusados por una culpa que él no tenía, así descrita en palabras de otro antipsiquiatra, David Cooper: «Llevo toda una vida combatiendo contra el sentimiento de culpabilidad. Debe convencerse a las gentes para que acepten su propia locura sin temor. Hay que recuperar a la locura como una propiedad social común... Sobre todo mandando al carajo a los expertos, cortando la cabeza a los psiquiatras».

Basaglia, que no fue tan radical en sus expresiones como Cooper, respondió en una ocasión a la pregunta sobre si era o no antipsiquiatra con estas palabras: «¿Psiquiatra? ¿Antipsiquiatra? Son palabras sin significado para mí».

Lo cierto es que en la ciudad de Gorizia, donde el *paciente* Giordano Savarin asesinó a sus padres, se habían abierto las puertas de un manicomio. Pero, años más tarde, Trieste daba la respuesta al experimento: en el hospital psiquiátrico de aquella ciudad, de 1.200 pacientes que había, en 1978, quedaban sólo 420, de los que sesenta eran personas mayores de 75 años, trescientos no sabían adónde ir y sesenta eligieron formas de vida autogestionaria, comunal, no por casualidad, eligiendo antiguas dependencias de monjas y curas.

La Italia que hereda el espíritu de Basaglia aprobó recientemente, en su Parlamento, la denominada ley 180. Es esta, sin duda, la lógica continuación de la sentencia italiana que absolvió a Franco Basaglia, al reconocer, tácitamente, que valía la pena el riesgo de aquel desdichado asunto del asesinato de Giordano Savarin a sus padres. Los jueces valoraron positivamente el sentido de tantos cientos de vidas de *locos de manicomio* que recobraron su identidad y salieron de esa cárcel cuyo nombre, manicomio, viene del griego *mania* (locura) y *komeo* (cuidar). Los manicomios comienzan a cerrarse en Italia, y antiguos *dementes* recuperan su condición de ciudadanos *normales*, con una *locura* normal y un sufrimiento normal. «Se ha reconocido», afirmó uno de sus abogados defensores, «el honor profesional de un científico y un profesional que tiene una delicada misión que cumplir en favor de la humanidad que sufre».

Observer
14 febbraio 1982, pag. 8

Italians in a muddle over mental health

from JAMES WALSTON in Rome

THE LAW that opened the doors of Italy's mental hospitals, releasing thousands of disturbed and deranged patients on to the streets, faces radical modification only three years after it was passed.

Next week a Republican Member of Parliament, Vittorio Olcese, will introduce a Bill to modify the 1978 law, allowing committal to one of four centres for reasons of health or public order.

Olcese has been campaigning for a year to change the law on mental illness, which like so much of recent Italian legislation, presents a sorry contrast between progressive intentions and haphazard implementation.

It was introduced after a campaign by the Gorizia psychiatrist Franco Basaglia. 'He wanted to get rid of the mental hospital and he succeeded. It seemed an impossible enterprise, utopian, but he made it,' said a former colleague.

Asylums have not been abolished, but their doors have been opened. Except in a few cases, there is no compulsory committal to a mental hospital. A patient may commit or dismiss himself at will, whatever his condition.

In theory there is medical and practical support for those who do not want to stay in hospital; in practice, this means that either the family looks after the patient or no one does. Both alternatives have produced disastrous results.

'The other day they found Franco's bones; he'd been eaten by the weasels, poor child. Some months ago he left the hospital and disappeared; he was an imbecile full of goodness but he'd decided to go and there was nothing to be done,' said Mario Tobino, who worked for 40 years in the Lucca mental hospital.

'Then there was the psychotic who threw a five-year-old child into the River Arno because he was too heavy to be carried. The reformers call this "the price of getting rid of the asylums," but you know what the older staff say when another ex-patient commits suicide? "They've cured another one."'

It is not only the patients who suffer. Last month in Brescia, the mother of a 25-year-old schizophrenic jumped out of a fourth floor window because she couldn't cope with her son and he wouldn't stay in hospital. The father took his son to the hospital: 'Look after him for a few hours, I'll be back,' he said, then threw himself under a train.

Ministry of Health figures show that since the reform 18,000 patients have left mental hospitals, leaving another 30,000 still inside.

The purpose of the reform was twofold: to stop the abuse of forced certification in which inconvenient members of the family might be committed against their will and left in asylums; and to rehabilitate patients who were not seriously ill by re-introducing them to normal life.

Before 1978 conditions in many hospitals were horrifying, especially in the south. The asylum in Reggio Calabria was closer to a scene by Hogarth than to a modern psychatric institution. Patients were in wards of a dozen or more beds with perhaps a space of 6ft by 3ft to themselves apart from the bed itself. Floors were stone, heating and sanitation minimal.

Other institutions, like the notorious hospital at Bisceglie in Apulia, were not even open to visitors. Care was minimal and treatment included brutality.

In comparison with these horror stories, recent developments have shown the positive side of the reform. Last August when a concert was held at Santa Maria della Pieta in Rome, public and patients mixed easily and happily, a thing unheard of in the past. And in Basaglia's home town of Gorizia patients may live and work freely in or outside open clinics.

Il volume raccoglie gli interventi che hanno animato il convegno “40 anni dopo. Riflessioni sulla legge 13 maggio 1978, n. 180” svoltosi presso la Biblioteca del Senato il 20 dicembre 2018.

Vengono ricostruite le premesse storico-giuridiche che hanno preparato, anticipato e poi sostenuto le idee di Franco Basaglia, così come si attuarono nella legge che porta il suo nome, idee che avviarono un percorso di riforma del nostro sistema psichiatrico che condusse soprattutto, come è noto, alla chiusura dei manicomi.

I relatori si soffermano sugli aspetti storici e giuridici, partendo dalla legge Giolitti sui manicomi e sugli alienati del 1904, analizzando le condizioni nell’epoca del fascismo e poi le modifiche man mano avanzate negli anni della repubblica.

Si alternano memorie personali e collettive, le esperienze dirette e le citazioni artistiche, i riferimenti letterari e cinematografici, per descrivere al meglio un bilancio dei quaranta anni che ci separano dall’approvazione dalla legge Basaglia, avvenuta proprio nei giorni del rapimento e dell’uccisione di Aldo Moro.

In appendice il volume riporta una ricca documentazione tratta dai fondi dell’Archivio storico del Senato e una selezione di articoli di giornali italiani e stranieri provenienti dalle raccolte della Biblioteca del Senato.

Biblioteca del Senato
“Giovanni Spadolini”

Piazza della MInerva, 38
00186 Roma
TEL: 06 6706 3717
EMAIL: bibleventi@senato.it

senato.it/MinervaEventi